

Міністерство освіти і науки України
Національний університет “Острозька академія”
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра на тему:

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК РОСІЙСЬКОЇ
ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ**

Виконав студент 2 курсу, групи ЗМг-21
спеціальності 229 Громадське здоров'я,
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Бондарчук Вадим Олександрович

Керівник — доктор медичних наук, професор
Гущук Ігор Віталійович

Рецензент — доктор наук з державного управління,
професор кафедри національної безпеки та
політології
Тертичка Валерій Володимирович

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського
здоров'я та фізичного виховання**

(підпис)

(проф., д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2025 р.

Острог – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ	8
1.1. Понятійно-категоріальний апарат реабілітаційної допомоги: психосоціальний і фізичний аспекти	8
1.2. Моделі подолання травматичного досвіду та соціальної адаптації	19
1.3. Міжнародний та національний досвід організації реабілітаційної допомоги жертвам воєнних конфліктів	34
Висновки до розділу 1	46
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ	48
2.1. Методологічні засади та організація емпіричного дослідження психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах війни	48
2.2. Інтерпретація результатів та загальний аналіз ефективності реабілітаційних програм	88
Висновки до розділу 2	93
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПОСТВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ	96
3.1. Інтеграція психосоціальної та фізичної реабілітації: концептуальні засади та організаційні моделі в сучасних умовах	96
3.2. Пропозиції щодо вдосконалення державної політики реабілітації постраждалих: нормативне, інституційне та фінансове забезпечення	100
Висновки до розділу 3	109
ВИСНОВКИ	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	114
ДОДАТКИ	125

ВСТУП

Актуальність дослідження теми оптимізації діяльності з психосоціальної та фізичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок російської військової агресії зумовлена безпрецедентним масштабом гуманітарної, соціальної та медико-психологічної кризи, спричиненої повномасштабним російським вторгненням в Україну. Станом на 2024 рік в Україні нараховується понад 4,5 мільйона внутрішньо переміщених осіб, сотні тисяч поранених цивільних та військовослужбовців, а також мільйони громадян, що зазнали психологічної травматизації внаслідок бойових дій, окупації, втрати житла, близьких, фізичного насильства чи катувань. У таких умовах ефективність системи реабілітації стає ключовою складовою національної безпеки, соціальної згуртованості та збереження людського капіталу країни. Психосоціальна та фізична реабілітація постраждалих є не лише гуманітарною потребою, але й соціальною інвестицією, здатною зменшити навантаження на систему охорони здоров'я, знизити ризики довготривалої інвалідності, сприяти професійній та соціальній реінтеграції осіб, що зазнали тяжких переживань. Водночас сучасна практика реабілітаційної допомоги в Україні характеризується фрагментарністю, нерівномірністю доступу до послуг у різних регіонах, нестачею мультидисциплінарного підходу, обмеженим кадровим потенціалом, а також відсутністю системної координації між медичними, психологічними, соціальними та освітніми інституціями.

Актуальність оптимізації полягає у необхідності створення цілісної моделі посткризової підтримки, яка ґрунтується на доказових практиках, забезпечує індивідуалізований підхід до потреб різних категорій постраждалих (включаючи ветеранів, жінок, дітей, осіб з інвалідністю), враховує міжнародні стандарти та адаптована до умов війни. Окремого значення набуває інтеграція психосоціальних інтервенцій у громади та розбудова спроможностей на місцевому рівні, з урахуванням специфіки регіонального досвіду, ресурсної бази та існуючих практик підтримки. В контексті відновлення та післявоєнної трансформації держави, системна реабілітація постраждалих осіб визначається

не лише як інструмент повернення до функціонального стану, але як фактор сталого розвитку суспільства, запобігання маргіналізації, збереження трудового потенціалу й зміцнення колективної стійкості. Таким чином, дослідження механізмів оптимізації такої діяльності має як практичне, так і стратегічне значення, формуючи основу для прийняття управлінських рішень, розробки політик, програм та впровадження ефективних моделей допомоги в умовах гібридної війни та постконфліктного відновлення.

Об'єктом дослідження виступає система надання психосоціальної та фізичної реабілітаційної допомоги особам, які зазнали травмуючих впливів внаслідок російської військової агресії проти України.

Предметом дослідження є теоретико-практичні засади, інституційні механізми, моделі й інструменти оптимізації діяльності з психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих осіб

Метою дослідження є наукове обґрунтування шляхів оптимізації системи психосоціальної та фізичної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій, шляхом аналізу існуючих моделей допомоги, виявлення системних недоліків та розробки інноваційних організаційних і політичних рішень для забезпечення ефективного функціонування реабілітаційної інфраструктури на всіх етапах – від невідкладної допомоги до довготривалої підтримки та соціальної інтеграції.

Завдання дослідження включають:

1. Систематизувати понятійно-категоріальний апарат в науковому дискурсі, що описує психосоціальну та фізичну реабілітацію осіб, постраждалих унаслідок збройного конфлікту.
2. Дослідити теоретичні моделі подолання травматичного досвіду, соціальної адаптації та інтеграції постраждалих осіб у мирне середовище.
3. Проаналізувати міжнародний та національний досвід організації реабілітаційної допомоги жертвам воєнних конфліктів із акцентом на комплексний і міждисциплінарний підхід.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження ефективності психосоціальної та фізичної реабілітації в Україні.

5. Оцінити рівень задоволеності реабілітаційними послугами, доступність і якість надання допомоги різним категоріям постраждалих.
6. Виявити основні проблеми функціонування існуючої реабілітаційної системи: кадрові, інституційні, нормативні, організаційні.
7. Сформулювати рекомендації щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з урахуванням міжнародних стандартів і національного контексту.

У межах дослідження застосовано комплекс методів, що забезпечують як теоретичну обґрунтованість дослідження, так і емпіричну валідність отриманих результатів. Методологічна основа дослідження ґрунтується на поєднанні загальнонаукових, спеціальних і емпіричних методів, що дозволяє всебічно охопити об'єкт дослідження, виявити ключові взаємозв'язки в системі реабілітаційної допомоги та сформулювати науково обґрунтовані пропозиції щодо її оптимізації. На етапі теоретико-методологічного аналізу використано методи систематизації, індукції та дедукції, порівняльно-аналітичний метод і метод узагальнення. Ці підходи дали змогу здійснити критичний огляд понятійно-категоріального апарату, проаналізувати існуючі концепції психосоціальної та фізичної реабілітації, виокремити ключові підходи до подолання травматичного досвіду й адаптації постраждалих осіб у соціумі. Метод контент-аналізу було застосовано до нормативно-правової бази України, а також міжнародних документів, які регламентують права осіб, що постраждали від збройного конфлікту, і зобов'язання держав у сфері реабілітації. З метою вивчення світового досвіду використовувалися методи компаративного аналізу для зіставлення організаційних моделей реабілітаційної допомоги, реалізованих у державах, що мали досвід масштабних воєнних дій або гуманітарних катастроф. У другому розділі дослідження, присвяченому емпіричному вивченню стану реабілітаційної допомоги в Україні, було застосовано метод соціологічного опитування з використанням напівструктурованих інтерв'ю та анкетування серед трьох ключових груп: постраждалих осіб (включаючи ветеранів, ВПО, осіб з інвалідністю), фахівців з надання реабілітаційної допомоги (медиків, психологів, соціальних працівників), а також представників

органів місцевого самоврядування, що здійснюють координацію таких послуг. Методи статистичного аналізу, зокрема описова статистика й кореляційний аналіз, дозволили виявити основні закономірності, що стосуються ефективності реабілітаційних втручань, доступності послуг, рівня задоволеності допомогою, а також бар'єрів, з якими стикаються реципієнти. У процесі розробки практичних рекомендацій у третьому розділі було використано прогностичне моделювання, а також елементи SWOT-аналізу для оцінки сильних і слабких сторін існуючої системи реабілітації, можливостей її розвитку в умовах воєнного стану та викликів, пов'язаних із обмеженими ресурсами, політичною нестабільністю та високим навантаженням на соціальні інститути. Також застосовано моделювання організаційних структур реабілітаційної системи з урахуванням принципів інтегративності, мультидисциплінарності та децентралізації. Комплексне застосування зазначених методів дозволило досягти високого рівня наукової валідності дослідження, забезпечити узгодженість між теоретичними положеннями та практичними результатами, а також сформулювати обґрунтовані пропозиції, спрямовані на підвищення ефективності реабілітаційної політики України в умовах збройного конфлікту та посткризового відновлення.

Теоретичне значення дослідження полягає у концептуальному узагальненні та поглибленні наукових уявлень про систему психосоціальної та фізичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. У межах роботи здійснено систематизацію понять, що описують реабілітаційну допомогу в умовах збройної агресії, уточнено структуру психосоціальних і фізичних потреб постраждалих, а також проаналізовано релевантні теоретичні моделі подолання травматичного досвіду, соціальної адаптації та реінтеграції. Вагомим внеском є узагальнення міжнародного досвіду, який дозволяє виокремити універсальні підходи до формування ефективної реабілітаційної політики у перехідних та кризових суспільствах. Результати дослідження сприяють поглибленню міждисциплінарного знання в межах психології, соціології, медицини, державного управління та безпекознавства.

Практичне значення зумовлене можливістю безпосереднього використання її висновків у процесі вдосконалення системи реабілітаційної допомоги на національному та регіональному рівнях. Емпіричні дані щодо ефективності існуючих реабілітаційних програм, бар'єрів доступу до послуг і рівня задоволеності постраждалих осіб можуть бути використані органами місцевого самоврядування, державними інституціями та неурядовими організаціями для цілеспрямованого коригування політик і програм. Запропоновані в дослідженні рекомендації щодо інтеграції психосоціальної та фізичної допомоги, впровадження цифрових сервісів, розширення мережі мультидисциплінарних команд, а також удосконалення нормативного й фінансового забезпечення можуть слугувати основою для стратегічного планування у сфері реабілітації.

Наукова новизна дослідження полягає у формулюванні авторської моделі інтегративної реабілітації, що об'єднує психосоціальні та фізичні втручання на засадах міжвідомчої взаємодії, децентралізації та індивідуалізації допомоги. Вперше систематизовано шість функціональних блоків реабілітаційної системи в українському контексті та адаптовано міжнародні підходи (зокрема ВООЗ і «Rehabilitation 2030») до умов збройного конфлікту. Емпірично обґрунтовано типові бар'єри доступу до допомоги й запропоновано управлінські рішення для їх подолання, зокрема створення регіональних центрів реабілітації, цифрових маршрутів пацієнта та єдиних протоколів мультидисциплінарної взаємодії.

Структура та обсяг роботи: курсової робота складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел (85 найменувань, з яких 66 англійською мовою), 4 додатків, 20 таблиць та 3 рисунки. Основний обсяг роботи складає 114 сторінок комп'ютерного набору. Загальний обсяг роботи: 133 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

1.1. Понятійно-категоріальний апарат реабілітаційної допомоги: психосоціальний і фізичний аспекти

Формування понятійно-категоріального апарату в галузі реабілітаційної допомоги набуває особливої актуальності в контексті сучасних викликів, що постали перед українським суспільством у період воєнного стану. На думку К. Е. Хандюка, проблематика створення уніфікованого термінологічного апарату обумовлена надзвичайно високим рівнем суспільного запиту на необхідність удосконалення та розвитку національної системи реабілітаційної допомоги, що сформувалась у постковідний період та період довготривалої збройної агресії російської держави проти України.¹ О. А. Панченко, В. П. Салівон та І. А. Сердюк у власному дослідженні зазначають, що державне управління у сфері психосоціальної реабілітації має важливе значення для відновлення та підтримки людей, що пережили травми війни. Особливої важливості набуває розуміння того, що реабілітаційна допомога в сучасних умовах повинна базуватися на принципі міжгалузевої інтеграції та забезпечуватися мультидисциплінарною командою. Послідовно, це потребує розробки уніфікованого термінологічного апарату для забезпечення ефективної координації між різними фахівцями та інституціями.² Етимологічний аналіз базового поняття «реабілітація» розкриває його латинське походження від *rehabilitatio*, утвореного префіксом *re-* («знову, повторно») і дієсловом *habilitāre* («зробити здатним, спроможним»), що безпосередньо описує процес відновлення втрачених функцій або здібностей.

¹ Khandiuk K. E. Public administration of rehabilitation assistance in Ukraine: theoretical analysis of terms and concepts. *States and Regions. Series: Public Administration*. 2024. No. 3. P. 11–17. URL: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.3.2> (date of access: 13.05.2025).

² Panchenko O. A., Salivon V. P., Serdyuk I. A. Basic principles of the state administration of psychosocial rehabilitation of mental health. *"Scientific Notes of Taurida V.I. Vernadsky University", series "Public Administration"*. 2024. No. 3. P. 93–98. URL: <https://doi.org/10.32782/tnu-2663-6468/2024.3/18> (date of access: 13.05.2025).

У широкому значенні термін вживається у різних сферах життєдіяльності суспільства і, залежно від конкретної сфери його застосування, може зазнавати певної термінологічної видозміни через словосполучення з цільовими прикметниками, як-то «політична реабілітація», «фізична реабілітація», «соціально-педагогічна реабілітація», «спортивна реабілітація», «медична реабілітація». Термінологічний апарат науки здатний удосконалюватися на основі творення нових термінів чи понять та їх активного прямого запозичення, реплікування за рахунок іншомовної термінологічної бази, що особливо актуально в умовах глобалізації та міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я.³ Колектив зарубіжних авторів на чолі з Т. Меєр зазначає, що реабілітація охоплює динамічну систему взаємопов'язаних медичних, психологічних і соціальних складових, які спрямовані не лише на відновлення та збереження здоров'я, але й на підтримання соціального статусу особистості в соціумі.

Система має комплексний характер і включає різноманітні методи, технології та підходи, що застосовуються в залежності від специфіки захворювання, травми або порушення функціонування особи.⁴ Важливим аспектом є розуміння того, що реабілітація не обмежується виключно медичними заходами, а передбачає цілісний підхід до відновлення людської особистості в усіх її вимірах – фізичному, психологічному, соціальному та духовному.

Комітет експертів ВООЗ з реабілітації визначив терміном «реабілітація» процес, «комплекс втручань, розроблених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності у людей із захворюваннями у взаємодії з навколишнім середовищем».⁵ На думку автора, це визначення підкреслює превентивну

³ Зевако В. І., Стефанишин К. Л. Етимологічний аспект вивчення деяких медичних термінів на практичних заняттях з української мови. *Медична освіта*. 2023. № 2. С. 121–125. URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.14020> (дата звернення: 13.05.2025).

⁴ Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy / T. Meyer et al. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011. Vol. 43, no. 9. P. 765–769. URL: <https://doi.org/10.2340/16501977-0865> (date of access: 13.05.2025).

⁵ Rehabilitation. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (date of access: 13.05.2025).

функцію реабілітації та її спрямованість на максимальне використання збережених можливостей людини. Проте з плином часу та під впливом непередбачуваних факторів зовнішнього середовища, включаючи стихійні лиха, пандемічні загрози, терористичні акти та збройні конфлікти, на рівні ВООЗ було введено в систему публічно-управлінського реагування термін «рання реабілітація при конфліктах». Колектив австралійських дослідників під керівництвом К. Сосновські стверджують, що за своїм змістом рання реабілітація розглядається як початкова реабілітація, яка починається в період первинної травми та початку надання невідкладної медичної допомоги. Інфраструктура ранньої реабілітації при конфліктах має профілактичну та реабілітаційну компоненту, що може значно покращити результати для пацієнтів та сприяти кращому наданню медичної допомоги шляхом розвантаження переповнених медичних закладів, запобігання повторній госпіталізації та покращення планування виписки пацієнтів.⁶ У статусі глобального координатора політики у сфері охорони здоров'я, у 2017 році ВООЗ проголосила для національних урядів ініціативу «Реабілітація 2030: заклик до дій», яка визначає рамки стратегічного підходу в публічному адмініструванні національних систем охорони здоров'я з метою розбудови належного рівня готовності країн до 2030 року щодо задоволення потреб населення у реабілітації в умовах, що постійно змінюються.⁷ Ініціатива особливо актуальна для України, яка вже понад десять років зазнає негативних наслідків збройного конфлікту та потребує розбудови комплексної системи реабілітаційних послуг.

Міжнародна Організація Праці (МОП) трактує «реабілітацію» як відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними і психічними здібностями для досягнення максимальної фізичної, психічної, соціальної і професійної

⁶ Early rehabilitation in the intensive care unit: An integrative literature review / K. Sosnowski et al. *Australian Critical Care*. 2015. Vol. 28, no. 4. P. 216–225. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.05.002> (date of access: 13.05.2025).

⁷ Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53, no. 2. P. 155–168. URL: <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.04746-3> (date of access: 14.05.2025).

діяльності.⁸ Однак таке визначення залишає поза управлінським впливом значну кількість осіб, які не входять до статусної групи осіб з обмеженнями, але дуже потребують реабілітаційної допомоги після перенесеної гострої хвороби (наприклад, інфекція, спричинена Covid-19, чи інфаркт), спортивних тренувань чи тяжкого перебігу окремих фізіологічних станів, як-то пологи. На думку автора, визначення ВООЗ демонструє більш широкий зміст, в публічно-управлінському контексті якого визначається превентивна функція реабілітації – запобігання інвалідності та відновлення після перенесеної хвороби. Термін «реабілітація», запропонований МОП, має більш звужений спектр публічно-управлінського впливу на об'єкт управління, яким виступають виключно особи, що мають фізичні чи психічні обмеження. Відповідно до змісту Імплементативної угоди між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації, поняття «реабілітація» трактується з позицій процесного підходу через інструмент реалізації проєктів. За таких умов «медична реабілітація» означає процес, спрямований на відновлення або зменшення, наскільки це можливо, обмежень щодо здійснення активної діяльності особами, які постраждали від травм, а також отримання такими особами більшої незалежності та максимально можливої якості життя у фізичному, психологічному, соціальному та професійному вимірах.⁹ Послідовно, залежно від типу інвалідності, можуть реалізовуватись відповідні заходи, такі як лікування, фізична реабілітація, професійне навчання, підтримка соціального та психологічного статусу або допомога в набутті економічної самодостатності. Міжнародний формат формулювання змісту поняття «медична реабілітація» містить більш широкий спектр керівних напрямків реабілітаційного змісту,

⁸ Convention C159 - Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention, 1983 (No. 159). *NORMLEX* - Information System on International Labour Standards. URL: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304 (date of access: 14.05.2025).

⁹ Імплементативна Угода між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації : Угода Каб. Міністрів України від 21.09.2015 : станом на 16 лют. 2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950_034#Text (дата звернення: 14.05.2025).

включаючи навчання як складову реабілітації чи допомогу у здобутті економічної незалежності.

Окремо слід зауважити, що поняття «реабілітаційна допомога» має в Україні пряме законодавче закріплення через Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», де реабілітація розглядається як комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем.¹⁰ К. Е. Хандюк у власному дослідженні стверджує, що національна система термінології у сфері реабілітації базується на аналізі 535 нормативно-правових документів, що містять різні аспекти реабілітації у назві та змісті, серед яких профільні 36 документів містять понятійно-категоріальний апарат публічноуправлінської діяльності у сфері реабілітації, що має законодавчу та нормативно-правову імплементацію. Змістовне наповнення системи сформоване на основі змісту Міжнародної Угоди Кабінету Міністрів України з НАТО, Міжнародної Конвенції про професійну реабілітацію, чотирьох законів України, тринадцяти постанов Кабінету Міністрів України, п'яти наказів Міністерства охорони здоров'я, одного наказу Міністерства у справах ветеранів України, чотирьох наказів Міністерства соціальної політики України, двох наказів Міністерства праці, двох наказів Міністерства оборони України, одного наказу Міністерства освіти і науки України, одного наказу Міністерства внутрішніх справ України та одного наказу Фонду соціального страхування України. На підставі дослідження цілеорієнтованого змісту кожної термінологічної одиниці визначено шість тематичних блоків щодо реалізації публічного адміністрування у сфері реабілітаційної допомоги: реабілітаційно-лікувальний, реабілітаційно-сервісний, реабілітаційно-ресурсний, реабілітаційно-статусний, реабілітаційно-інституційний та реабілітаційно-інтеграційний. Звернемось до деталізації структурних блоків реабілітації у сфері публічного адміністрування:

¹⁰ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 15.05.2025).

- Реабілітаційно-лікувальний блок охоплює безпосередньо медичні аспекти реабілітації, включаючи медикаментозне лікування, фізичну терапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення.
- Реабілітаційно-сервісний блок стосується надання реабілітаційних послуг різними суб'єктами господарювання.
- Реабілітаційно-ресурсний блок включає забезпечення технічними засобами реабілітації, виробами медичного призначення та необхідними ресурсами для проведення реабілітаційних заходів.
- Реабілітаційно-статусний блок визначає правовий статус осіб, які потребують реабілітації, та осіб з інвалідністю, встановлює їхні права та гарантії щодо отримання реабілітаційних послуг.
- Реабілітаційно-інституційний блок охоплює систему закладів та установ, які надають реабілітаційні послуги, включаючи реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи та мультидисциплінарні реабілітаційні команди.
- Реабілітаційно-інтеграційний блок стосується процесів соціальної інтеграції та адаптації осіб після проходження реабілітації, їх повернення до активного життя в суспільстві та трудової діяльності.¹¹

Зазначена систематизація дозволяє комплексно підходити до організації реабілітаційної допомоги та забезпечує координацію між різними сферами та рівнями надання послуг. Психосоціальна реабілітація, за визначенням Р. І. Ісакова, розглядається як процес відновлення порушень когнітивних, мотиваційних й емоційних ресурсів особистості та покращення функціонування людей з обмеженими можливостями, спрямований на забезпечення потреб населення у психологічній підтримці, соціальній адаптації та відновлення якості життя. Комплексний підхід до психосоціальної реабілітації осіб, які пережили психотравму та мають постстресові порушення, передбачає поєднання медичної, психологічної та соціальної складової реабілітаційного процесу та максимально

¹¹ Khandiuk K. E. Public administration of rehabilitation assistance in Ukraine: theoretical analysis of terms and concepts. *States and Regions. Series: Public Administration*. 2024. No. 3. P. 11–17. URL: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.3.2> (date of access: 13.05.2025).

широке використання різних методів реабілітації, спрямованих на відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я людини. Подібний підхід до організації спільної роботи є одним зі шляхів зміни ментальності та викорінення стигматизації, існуючих в суспільстві щодо психічного захворювання і лікаря-психіатра.¹² Ефективність та стійкість програм психосоціальної реабілітації забезпечують основні принципи державного управління, серед яких принцип державності є важливим базисом організації реабілітаційної допомоги. Держава несе відповідальність за забезпечення доступної, ефективної та високоякісної реабілітаційної підтримки для всіх громадян, які потребують цього, незалежно від їхнього фінансового стану, місця проживання чи інших обставин.

Принцип державності означає, що держава має розробляти національні стратегії та програми реабілітації, створювати та підтримувати необхідну інфраструктуру, надавати фінансову підтримку для реалізації цих програм та забезпечення доступу до реабілітаційних послуг для всіх, хто потребує.¹³ Такий підхід визнається міжнародними стандартами прав людини, зокрема Конвенцією про права людини з обмеженими можливостями, яка закликає держави-учасниці забезпечувати доступність та ефективність реабілітаційних послуг. Системність державних програм реабілітації також, безумовно, сприяє організації реабілітаційної допомоги, оскільки реабілітаційні програми мають бути ретельно сплановані, скоординовані та інтегровані для забезпечення комплексного підходу до відновлення функцій та підтримки осіб з обмеженими можливостями чи іншими потребами. Системність передбачає доступність реабілітаційних послуг на всіх рівнях – від місцевого до національного, що особливо важливо в умовах децентралізації та реформи місцевого самоврядування в Україні.

¹² Ісаков Р. І. Психосоціальна реабілітація пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія кризових станів: наука і практика* : Зб. матеріалів Міжнар. науково-практ. онлайн-конф., м. Київ, 4–6 листоп. 2021 р. Київ, 2021. С. 65–67. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/137a325a-8772-4d35-b524-19511faf2eea/content> (дата звернення: 14.05.2025).

¹³ Князевич В. М., Авраменко Т. П. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. № 1. С. 164–179. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=znpu_nadu_2015_1_15 (дата звернення: 14.05.2025).

Важливим інструментом для організації реабілітаційної допомоги також є програмно-цільове планування діяльності, що сприяє досягненню цілей, забезпеченню якості та ефективності послуг і покращенню результатів реабілітації пацієнтів.

Зазначений підхід, на думку, О. А. Панченко передбачає ретельне обґрунтування та формулювання конкретних цілей і завдань, а також розробку програм та стратегій для досягнення цих цілей. Важливу роль в організації реабілітаційної допомоги відіграє також і регіональність, допомагаючи забезпечити адаптованість, доступність та ефективність послуг для місцевого населення.¹⁴ Послідовно, реабілітаційні програми та послуги повинні бути організовані та надаватися з урахуванням конкретних потреб, проблем, умов та характеристик регіону чи місцевості, на яку вони спрямовані. Регіональний підхід також передбачає адаптацію реабілітаційних програм до культурних та соціальних особливостей регіону, що особливо актуально для України з її різноманітним етнічним та культурним складом населення. На думку автора, співпраця між державними та приватними установами може розширити географічну доступність реабілітаційних послуг, особливо у віддалених або менш населених регіонах, де державні ресурси можуть бути обмеженими.

Індивідуальність психосоціальних програм реабілітації та їх етапність виконання є важливими складовими організації реабілітаційної допомоги, які сприяють досягненню максимальних результатів у відновленні здоров'я та соціальній адаптації постраждалих. Однією з важливих основ організації реабілітаційної допомоги може бути її єдина тактика, тобто єдність підходів та стратегій в рамках системи надання допомоги. Єдина тактика передбачає використання спільних стандартів та протоколів лікування та реабілітації, забезпечення співпраці між учасниками системи реабілітації, включаючи медичних працівників, психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів,

¹⁴ Panchenko O. A., Salivon V. P., Serdyuk I. A. Basic principles of the state administration of psychosocial rehabilitation of mental health. "Scientific Notes of Taurida V.I. Vernadsky University", series "Public Administration". 2024. No. 3. P. 93–98. URL: <https://doi.org/10.32782/tnu-2663-6468/2024.3/18> (date of access: 13.05.2025).

що сприяє стандартизації процесу та забезпечує якість та консистентність послуг. Спеціалізація є важливим базисом організації реабілітаційної допомоги, який сприяє покращенню якості та ефективності надання послуг для постраждалих.¹⁵

Фізична реабілітація як складова загальної системи реабілітаційної допомоги спрямована на відновлення рухових функцій та фізичних здібностей особи після захворювання або травми. Фізична терапія в галузі психічного здоров'я спрямована на оптимізацію добробуту та розширення можливостей хворої людини шляхом сприяння функціональним рухам, усвідомленню рухів, фізичній активності та вправам, об'єднуючи фізичні та психічні аспекти.¹⁶ Слід зауважити, що у 2011 році з міжнародної мережі фізичних терапевтів, які працювали в галузі психіатрії та психічного здоров'я, була створена Міжнародна організація фізичної терапії психічного здоров'я (ІОРТМН), що включає 21 країну-учасницю та визнана підгрупою у Всесвітній конфедерації фізичної терапії. Завданнями ІОРТМН є сприяння співпраці між фізичними терапевтами у всьому світі, заохочування поліпшення стандартів та послідовність практики в галузі охорони психічного здоров'я, міжнародна співпраця та обмін науково-практичною інформацією.¹⁷

Фізичні терапевти з питань психічного здоров'я працюють у різних закладах охорони здоров'я та психічного здоров'я, використовуючи широкий спектр фізичних втручань, що орієнтований на дітей, підлітків, дорослих та пацієнтів похилого віку із загальними та важкими, гострими і хронічними проблемами психічного здоров'я. Вони забезпечують зміцнення здоров'я,

¹⁵ Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / В. Осьодло та ін. 2-ге вид. Київ : НУОУ ім. Ів. Чернях., 2020. 484 с.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743784/1/Теорія%20і%20практика%20психологічної%20допомоги%20та%20реабілітації-підручник%20НУОУ-2020.pdf> (дата звернення: 15.05.2025).

¹⁶ Чебан В., Чебан Л. Сучасні підходи фізичної терапії для підтримки та збереження ментального здоров'я. *Фізична культура і спорт: досвід та перспективи* : матер. 3-ої Міжнар. наук.-практ. конф., м. Чернівці, 8–9 квіт. 2021 р. Чернівці, 2021. С. 161–166.
URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/55534/1/Петроспективний%20аналіз.pdf#page=162> (дата звернення: 15.05.2025).

¹⁷ About us | ІОРТМН. *ІОРТМН*. URL: <https://www.ioptmh.org/about-us> (date of access: 15.05.2025).

надають профілактичну медичну допомогу, лікування та реабілітацію індивідуальних пацієнтів та терапевтичних груп, застосовуючи модель та підходи, що включають біологічні та психосоціальні аспекти. Фізіотерапевти з питань психічного здоров'я сприяють мультидисциплінарній команді та міжпрофесійній допомозі, надають додаткову та корисну цінність для лікування та реабілітації пацієнтів з проблемами психічного здоров'я, спрямованих на редизайн порушеного мислення та відносин, стресостійкість, розвиток самоусвідомлення для адекватної відповіді на виклики мінливого світу.¹⁸

При наданні комплексної реабілітаційної допомоги пацієнтам із психічними та психосоматичними проблемами фізичні терапевти використовують психосоціальний підхід та психотерапевтичний підхід, при яких застосовують психологічні моделі впливу, зокрема когнітивну поведінкову терапію, когнітивні техніки, терапію прийняття та прихильності, що підтримують пацієнта та посилюють фізіотерапевтичні втручання при лікуванні розладів ментального здоров'я. Психосоціальний підхід підкреслює набуття розумових та фізичних навичок, пов'язаних із руховим стереотипом та підтримкою здатності людей самостійно функціонувати, що спрямоване на навчання, придбання та тренінг психомоторних, сенсомоторних, перцептивних, когнітивних, соціальних та емоційних навичок. Також формують та підтримують у пацієнтів навички релаксації, управління стресом, техніки дихання, психомоторні й сенсорні навички, а також когнітивні та соціальні навички. Підхід, пов'язаний із фізичним здоров'ям, спрямований на поліпшення загального фізичного здоров'я людини з проблемами психічного здоров'я та відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо взаємозв'язку між фізичною бездіяльністю і поганим самопочуттям. Завдання полягає в тому, щоб мотивувати людей залишатися активними протягом свого повсякденного життя,

¹⁸ Солтик І. Т., Шалавінський Н. М. Профілактика професійного вигорання у працівників охорони здоров'я. *Фізична культура і спорт, актуальні питання* : зб. тез доп. III регіон. наук.-практ. інтернет-конф., присвяч. 55-річчю каф. теорії і методики фіз. виховання і спорту Хмельн. нац. ун-ту, м. Хмельницький, 20 жовт. 2023 р. Хмельницький, 2023. С. 84–86. URL: http://lib.khnu.km.ua/konfer_HNU/2023/Fiz_kult_i_sport.pdf#page=86 (дата звернення: 15.05.2025).

щоб не втрачати свою автономність і не мінімізувати життєвий потенціал. Психофізіологічний підхід передбачає використання фізичних навантажень для впливу на проблеми психічного здоров'я, такі як депресії та тривожні розлади, коли фізична активність позитивно впливає на психічне самопочуття, самооцінку, настрій та загальне функціонування.

Добре збалансовані та регулярні фізичні вправи на витривалість, силові тренування та вправи на уважність підвищують фізичну та психічну стійкість, поліпшують якість сну, підвищують впевненість у собі та зменшують соматичні скарги на прояви захворювання.¹⁹ Підсумовуючи проведений аналіз понятійно-категоріального апарату реабілітаційної допомоги, можемо стверджувати про наявність комплексної міждисциплінарної системи термінології, яка охоплює психосоціальні та фізичні аспекти відновлювального процесу. Концептуальна еволюція поняття від суто медичного підходу до інтегрованої системи взаємопов'язаних медичних, психологічних і соціальних складових відображає сучасні виклики воєнного часу та постпандемійного періоду.

Структурування реабілітаційної сфери через систему тематичних блоків створює основу для координації між різними інституціями та створює цілісну архітектуру публічного адміністрування. Психосоціальна реабілітація як процес відновлення когнітивних, мотиваційних та емоційних ресурсів набуває стратегічного значення в контексті подолання суспільної стигматизації психічних захворювань. Фізична реабілітація через інтеграцію біологічних та психосоціальних підходів формує комплексну модель відновлення, що поєднує рухові функції з ментальним здоров'ям. Принципи державності, системності, регіональності та індивідуальності забезпечують багаторівневу організацію реабілітаційної допомоги з урахуванням територіальних особливостей. Міжнародна співпраця та уніфікація термінологічного апарату створюють підґрунтя для гармонізації національних систем з глобальними стандартами та

¹⁹ Андрійчук О. Я. Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії : навч.-метод. посіб. Луцьк : ПП «Вол. друк.», 2022. 264 с.
URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20713/3/Osn_prakt_dijaln_fiz_terapii.pdf (дата звернення: 15.05.2025).

сприяють розвитку єдиних протоколів надання послуг. Комплексний підхід та програмно-цільове планування визначаються як основні інструменти досягнення максимальної ефективності реабілітаційного процесу в умовах трансформації національної системи охорони здоров'я.

1.2. Моделі подолання травматичного досвіду та соціальної адаптації

Травматичний досвід становить фундаментальний виклик для людської психіки, що вимагає мобілізації складних механізмів адаптації та відновлення в контексті багатовимірної феномену, який порушує базові припущення про світ, себе та майбутнє. Теоретичне осмислення процесів подолання травми суттєво змінилось за період XX-XXI століть. Сучасна травматологія інтегрує досягнення нейронауки, когнітивної психології, соціології та антропології для створення цілісного розуміння травматичного досвіду як складного процесу взаємодії індивідуальних, міжособистісних та соціокультурних факторів, що відображає міждисциплінарний характер сучасних наукових підходів до вивчення травми.

Епістемологічні основи розуміння травми формувалися під впливом філософських традицій феноменології, герменевтики та екзистенціалізму, які підкреслювали суб'єктивність людського досвіду та важливість індивідуального значення травматичних подій у формуванні особистої ідентичності. Зарубіжний дослідник Бессел ван дер Колк у своїх дослідженнях стверджує, що соматичний досвід має вирішальне значення в процесі інтеграції психотравматичного досвіду в структуру особистої ідентичності, підкреслюючи необхідність врахування тілесних проявів і фізіологічних реакцій у терапевтичному процесі, спрямованому на зцілення та відновлення суб'єктивного відчуття цілісності.²⁰

На думку Жан-Поля Сартра та Альбера Камю, екзистенціальна філософія розкрила проблематику абсурдності існування та необхідність створення особистого значення в умовах фундаментальної невизначеності, що резонує з сучасним розумінням посттравматичного росту та реконструкції життєвого

²⁰ Bessel A. Van der Kolk. *Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin Books, Limited, 2015. 464 p. URL: <https://ia601604.us.archive.org/35/items/the-body-keeps-the-score-pdf/The-Body-Keeps-the-Score-PDF.pdf> (date of access: 16.05.2025).

нарративу після травми. Концепція "кинутості" в існування та необхідності самовизначення в умовах свободи і відповідальності особливо релевантна для розуміння того, як індивіди переосмислюють своє життя після травматичних переживань. Філософія абсурду та протистояння безглуздості буття через активне життя та творчість надає концептуальну основу для розуміння механізмів подолання травми через пошук особистого сенсу та значення. Зазначені екзистенціальні ідеї підкреслюють важливість індивідуального значення та особистого вибору в процесі відновлення після травми, що знайшло відображення в сучасних терапевтичних підходах, орієнтованих на пошук сенсу та реконструкцію життєвого нарративу. Екзистенціальний погляд на травму як на виклик до автентичного існування та можливість для глибшого самопізнання став основою для розвитку логотерапії та інших екзистенціально орієнтованих терапевтичних підходів.²¹ Психодинамічні теорії травми, що беруть початок від робіт Зігмунда Фрейда, розглядають травматичний досвід як результат прориву захисних механізмів психіки під впливом надмірного стимулювання, формуючи фундаментальну основу для розуміння несвідомих аспектів травматизації. Фрейдівська концепція травматичного неврозу описує травму як подію, яка перевищує адаптивні можливості еґо та призводить до регресії до ранніх стадій психосексуального розвитку, де механізм повторного переживання травматичних подій пояснювався через принцип повторення як спробу психіки опанувати травматичний матеріал через його постійне відтворення.²²

На думку Отто Фенічеля та Гайнца Гартмана, подальший розвиток психоаналітичної теорії травми підкреслював роль еґо-функцій у процесі адаптації до травматичного досвіду та значення захисних механізмів як способів підтримання психічної рівноваги. О. Фенічель у власних дослідженнях систематизував розуміння травматичних розладів через призму еґо-психології,

²¹ Jeong S. Traversing the Post-Pandemic Era and Post-War Literature: The Concept of <body> and Its Meaning. *The Korean Society of Culture and Convergence*. 2022. Vol. 44, no. 6. P. 435–448. URL: <https://doi.org/10.33645/cnc.2022.6.44.6.435> (date of access: 15.05.2025).

²² Freud S. Beyond the Pleasure Principle. London: The Hogarth Press, 1920. 34 p. URL: https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_Beyond_P_P.pdf (date of access: 16.05.2025).

підкреслюючи важливість сили его в подоланні травматичних переживань. Його концепція "травматичної ситуації" розширила класичне розуміння, включивши не лише економічний аспект (надмірне збудження), але й структурний аспект (слабкість его) та динамічний аспект (конфлікт між інстанціями психіки).²³ Г. Гартман розвинув теорію автономних его-функцій, показавши, що деякі аспекти его функціонують незалежно від інстинктивних конфліктів та можуть служити основою для адаптації до реальності. Ця теорія була особливо важливою для розуміння того, як індивіди можуть відновлювати свою адаптивну здатність після травматичних переживань через зміцнення автономних его-функцій, таких як сприйняття, пам'ять, мислення та моторні навички.²⁴ Розвиток его-психології в роботах Анни Фрейд поглибив розуміння адаптивних функцій его та його здатності до автономного функціонування незалежно від інстинктивних конфліктів, де концепція "безконфліктної сфери его" дозволила розглядати травму не лише як патологічний феномен, але й як потенційний каталізатор для розвитку нових адаптивних здібностей та психологічного зростання.²⁵

Об'єкт-реляційна теорія, розроблена Мелані Кляйн, Дональдом Вінкоттом та Вільфредом Біоном, ввела в науковий дискурс розуміння травми як порушення ранніх об'єктних відносин та інтерналізованих репрезентацій себе та інших, що формує основу для сучасного розуміння розладів прив'язаності.²⁶ На думку Дональда Вінкотта, концепція "достатньо хорошої матері" демонструє важливість емпатичного та атуьованого догляду для розвитку здорової ідентичності та здатності до саморегуляції, де травматичні переживання в ранньому дитинстві порушують процеси інтерналізації позитивних об'єктних

²³ Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W. W. Norton, 1945. 703 p. URL: <https://archive.org/details/psychoanalyticth00feni> (date of access: 16.05.2025).

²⁴ Hartmann H. Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press, 1958. 121 p. URL: <https://archive.org/details/egopsychologypr00hart/page/n5/mode/2up> (date of access: 16.05.2025).

²⁵ Freud A. Ego and the Mechanisms of Defence. Karnac Books, 1992. 204 p. URL: <https://psptraining.com/wp-content/uploads/Freud-A.-1936-1993.The-ego-and-the-mechanisms-of-defence.-London-Karnac-Books.pdf> (date of access: 16.05.2025).

²⁶ Klein M. The psychoanalysis of children. New York: Grove Press, 1960. 399 p. URL: https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Klein_Psychoanalysis_of_Children.pdf (date of access: 16.05.2025).

відносин, призводячи до формування патологічних внутрішніх робочих моделей.²⁷ Згадані моделі характеризуються нестабільністю самооцінки, труднощами в регуляції емоцій та проблемами в міжособистісних стосунках, що підкреслює реляційну природу травматичного досвіду. Слушним є згадати і про теорію ментаризації, яка розширила розуміння травми через призму розвитку здатності до рефлексивного функціонування та розуміння ментальних станів себе та інших, де травматичні переживання, особливо в контексті стосунків прив'язаності, порушують розвиток ментаризаційних здібностей, що призводить до труднощів у розумінні власних емоцій та мотивів поведінки інших людей.²⁸ Слід зауважити, що сучасні психодинамічні розширили розуміння травми за межі індивідуальної психопатології, включивши соціально-політичні аспекти травматизації та формуючи інтегративний погляд на травму як соціальний феномен. Концепція комплексної травми описує наслідки тривалого та повторюваного травматичного впливу, особливо в ранньому віці, що призводить до порушень розвитку особистості, регуляції емоцій та міжособистісних стосунків, відрізняючись від класичного посттравматичного стресового розладу більшою складністю та тривалістю симптоматики.²⁹

У сучасному теоретичному дискурсі травми дедалі більше уваги приділяється складним реляційним, когнітивним і нейропсихологічним чинникам, які визначають не лише симптоматику, але й потенціал до адаптації та зростання. Значний внесок у розуміння феномену розвитку травматичних порушень здійснив Лоренс Хеллер. У межах концепції розвитку травми він описав, як хронічне порушення базових потреб дитини (зокрема у безпеці, прив'язаності та афективній атунованості з боку опікуна) чинить деструктивний

²⁷ Winnicott D. W. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. New York : International Universities Press, 1965. 182 p. URL: <https://selfdefinition.org/burns/DW-Winnicott-The-Maturational-Process-and-the-Facilitating-Environment-1965.pdf> (date of access: 16.05.2025).

²⁸ Bateman A., Fonagy P. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Amer Psychiatric Pub Inc, 2019. 470 p. URL: <https://dokumen.pub/handbook-of-mentalizing-in-mental-health-practice-2nbsped-1615371400-9781615371402.html> (date of access: 16.05.2025).

²⁹ Kliethermes M., Schacht M., Drewry K. Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2014. Vol. 23, no. 2. P. 339–361. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009> (date of access: 17.05.2025).

вплив на формування нейропсихологічної структури особистості. На відміну від травми шоку, яка зумовлена одноразовими екстраординарними подіями, травма розвитку формується поступово, внаслідок повторюваних дефіцитів у середовищі.³⁰ Такий підхід дозволяє пояснити низку складних проявів (труднощі з емоційною регуляцією, дефіцит ідентичності) як адаптивну відповідь на умови.

Розгортання розуміння травми в реляційному ключі пов'язане з працями Роберта Столорова та Бернарда Брандшафта. У рамках інтерсуб'єктивної психоаналітичної парадигми вони акцентують на тому, що травма виникає не лише через сам факт шокуючої події, а передусім унаслідок провалу в інтерсуб'єктивному полі, коли соціальне оточення не здатне надати емпатичну валідацію суб'єктивного досвіду. Нездатність іншого бути свідком болю постраждалого викликає вторинну травматизацію, ускладнюючи інтеграцію пережитого.³¹ Послідовно, ефективне зцілення можливе лише в контексті взаємин, які забезпечують емпатію, прийняття і можливість бути почутим. Когнітивна парадигма у вивченні травми акцентує на деформаціях у системах пам'яті, сприйняття та мислення. Една Фоа та Майкл Козак сформулювали модель емоційної обробки травматичних подій, у межах якої травматичні спогади описуються як фрагментовані, гіперемоційні та ізольовані від решти когнітивних схем. Згідно з цією моделлю, основними є процеси уникнення, гіперактивації та повторної активації під дією зовнішніх або внутрішніх тригерів.

Зцілення можливе через контрольоване та поступове переживання травматичних спогадів в умовах безпечного терапевтичного середовища, що становить основу експозиційної терапії та інших КПТ-методів.³² У рамках когнітивного підходу Джеффри Янг розробив теорію схем, яка розширила

³⁰ Heller L. Healing developmental trauma : how early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship. Berkeley : North Atlantic Books, 2012. 324 p. URL: <https://archive.org/details/healingdevelopme0000hell> (date of access: 18.05.2025).

³¹ Stolorow R. D., Brandchaft B., Atwood G. E. Psychoanalytic treatment : an intersubjective approach. Hillsdale : Analytic Press, 1987. 212 p.

³² Foa E. B., Kozak M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986. Vol. 99, no. 1. P. 20–35. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20> (date of access: 18.05.2025).

традиційну модель, інтегрувавши афективні, тілесні та поведінкові аспекти. Ранні дезадаптивні схеми, що формуються в дитинстві внаслідок хронічних фрустрацій, визначають сприйняття себе, інших і світу загалом. Згадані схеми є стійкими, автоматизованими патернами, які зумовлюють посттравматичну симптоматику, включно з повторюваними деструктивними взаєминами, уникненням або надконтролем. Саме тому терапевтична робота зі схемами передбачає верифікацію їхньої валідності та поступову реконструкцію через досвід альтернативного відношення.³³ Особливе місце займає модель подвійного кодування Аллана Пайвіо, яка пояснює специфіку збереження травматичних спогадів через розрив між образною та вербальною системами пам'яті. Травма часто зберігається в яскравих, емоційно насичених візуальних образах, які важко інтегрувати у наративну структуру особистого досвіду. Це призводить до феномену «невимовної травми», коли людина не може словесно виразити пережите, але повторно переживає його на сенсорному рівні.

Відновлення зв'язку між образним і вербальним репрезентуванням є критично важливим для досягнення психологічної інтеграції.³⁴ Погляд Ронні Янофф-Бульман на травму як порушення базових припущень також суттєво вплинув на когнітивне розуміння посттравматичних змін. Авторка стверджує, що кожна людина формує фундаментальні когнітивні установки щодо безпечності світу, справедливості, керованості подій і власної цінності.³⁵ Травма порушує ці базові припущення, провокуючи кризу сенсу, відчуття втрати контролю і порушення самоідентичності. Відновлення можливе через поступову реконструкцію цих установок у новому контексті, що відкриває можливості як для дезадаптації, так і для посттравматичного зростання. У теоретичних моделях травми важливе місце посідає дуальна модель представлення спогадів, розроблена Крісом Брюїном і Тімом Далглейшем. Науковці виокремлюють два

³³ Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema therapy: conceptual model. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 2001. P. 1–62. URL: <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?t=1> (date of access: 19.05.2025).

³⁴ Paivio A. *Mental representations: A dual coding approach*. New York : Oxford University Press, 1986. 322 p. URL: <https://archive.org/details/mentalrepresenta0000paiv> (date of access: 19.05.2025).

³⁵ Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York : Free Press, 1992. 256 p.

типи пам'яті, що зберігають травматичний досвід: вербально доступну пам'ять (VAM) і ситуаційно доступну пам'ять (SAM). VAM містить спогади, які інтегровані в автобіографічну оповідь і можуть бути усвідомлено пригадані, тоді як SAM зберігає фрагменти сенсорного досвіду, які залишаються неінтегрованими, активуються мимоволі під впливом тригерів і часто викликають нав'язливі спогади, уникання та емоційне оніміння.³⁶ Послідовно, згідно з дуальною моделлю представлення спогадів, симптоми ПТСР виникають через домінування SAM над VAM.

Відповідно, психотерапевтичне втручання має спрямовуватись на поступову інтеграцію сенсорного досвіду в наративну структуру шляхом вербалізації травматичних переживань. Пояснення порушень когнітивної обробки інформації під час травматичних подій знайшло розвиток у теорії когнітивного навантаження Джона Свеллера. Дослідник стверджує, що система робочої пам'яті має обмежені ресурси, і коли рівень стимулювання перевищує ці межі, порушується процес адекватного кодування інформації. У випадку з травматичними подіями це призводить до фрагментарного запам'ятовування, дефіциту когерентних спогадів та дезорганізації репрезентацій.³⁷ На думку автора, цінним у підході є те, що він пояснює, чому деякі елементи травматичного досвіду закарбовуються у пам'яті несистемно, не піддаються оповіданню та часто функціонують як сенсорні залишки.

Науково обґрунтовану основу для розуміння біологічної природи травматичного стресу створив Пол Маклін через розробку триєдиної моделі мозку. У межах цієї концепції він описує три рівні мозкової організації: рептильний мозок; лімбічна система; неокортекс. Зазначені рівні відповідають за інстинктивні, емоційні та раціональні реакції відповідно. У контексті травматичного досвіду особлива увага приділяється гіперактивації нижчих

³⁶ Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. Vol. 103, no. 4. P. 670–686. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670> (date of access: 19.05.2025).

³⁷ Sweller J. Cognitive Load During Problem Solving: Effects on Learning. *Cognitive Science*. 1988. Vol. 12, no. 2. P. 257–285. URL: https://doi.org/10.1207/s15516709cog1202_4 (date of access: 19.05.2025).

рівнів, насамперед стовбура мозку та мигдалика, при одночасному пригніченні функцій префронтальної кори. Таке розбалансування зумовлює характерні симптоми ПТСР, зокрема гіпервигострену реакцію на загрозу, афективну дисрегуляцію та труднощі у когнітивному функціонуванні.³⁸

Підтвердженням цієї моделі слугують дані нейровізуалізаційних досліджень, які демонструють гіперактивність мигдалика та знижений тонус передньої частини поясної кори й орбітофронтальних зон. Такі нейробіологічні зміни зумовлюють стійкі реакції страху, афективну нестабільність і дефіцит когнітивного контролю. Крім того, результати досліджень нейропластичності вказують на структурні зміни, спричинені травматичним стресом: від зниження нейрогенезу в гіпокампі до довготривалих змін у синаптичних з'єднаннях та експресії генів. Брюс Мак'юен, розвиваючи уявлення про фізіологічні наслідки стресу, запропонував концепцію алостазу та алостатичного навантаження. Алостаз розглядається як здатність організму підтримувати гомеостаз шляхом адаптивних змін у відповідь на виклики. Проте при хронічному стресі адаптаційні механізми втрачають гнучкість, формуючи алостатичне навантаження або ж стан, що асоціюється з тривалими порушеннями в роботі ендокринної, імунної та нейропсихологічної систем.³⁹ У контексті генетики та спадковості травматичного досвіду дедалі більшу увагу привертають епігенетичні дослідження. Дані свідчать, що травма може зумовлювати модифікації метилювання ДНК і змінювати структуру гістонових білків, впливаючи на експресію генів, пов'язаних із реакціями на стрес, емоційною регуляцією та імунною відповіддю. Такі зміни можуть передаватися між поколіннями, зумовлюючи міжгенераційний характер вразливості до ПТСР та

³⁸ The Triune Brain : Maclean, Paul D. Triune brain : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive. *Internet Archive*. URL: <https://archive.org/details/thetriunebrain> (date of access: 19.05.2025).

³⁹ McEwen B. S. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 338, no. 3. P. 171–179. URL: <https://doi.org/10.1056/nejm199801153380307> (date of access: 19.05.2025).

афективних розладів.⁴⁰ Отже, травма набуває не лише психологічного, а й біологічного статусу — як зміна, що закарбовується на рівні клітинної регуляції.

На думку Стівена Поргеса, теорія полівагальної системи пропонує еволюційну перспективу на травматичні реакції через призму функціонування автономної нервової системи, яка включає три еволюційно різні підсистеми: дорсальний вагальний комплекс (примітивна реакція заціпеніння), симпатична нервова система (реакції боротьби або втечі) та вентральний вагальний комплекс (соціальна взаємодія та регуляція). Травматичний досвід порушує природну ієрархію цих систем, призводячи до хронічної активації примітивних захисних механізмів, де процес відновлення передбачає поступове відновлення функцій вентрального вагального комплексу через безпечні соціальні взаємодії та практики саморегуляції. Нейроцепція, концепція також розроблена С. Поргесом, описує неусвідомлену здатність нервової системи розрізняти безпечні та небезпечні стимули в навколишньому середовищі, де травматичний досвід може призводити до порушень нейроцепції, коли система виявлення безпеки стає надмірно чутливою до потенційних загроз або, навпаки, не здатна розпізнавати справжні небезпеки.⁴¹

Соматичні підходи до розуміння травми, представлені роботами Пітера Левіна та Пата Огдена, підкреслюють роль тіла в процесах травматизації та відновлення, формуючи альтернативну перспективу на травму як тілесно втілений феномен, що вимагає соматично орієнтованих терапевтичних підходів. На думку Пітера Левіна, теорія соматичного переживання описує травму як результат неповного завершення біологічних реакцій на загрозу, що призводить до "зависання" активуючої енергії в нервовій системі, де травматичні симптоми розглядаються як спроби організму розрядити цю заблоковану енергію через

⁴⁰ Epigenetics in Personality Disorders: Today's Insights / D. M. Gescher et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00579> (date of access: 19.05.2025).

⁴¹ Porges S. W. The polyvagal theory : neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York : W. W. Norton, 2011. 378 p.

тремтіння, рухи та інші соматичні прояви.⁴² Терапевтичний процес спрямований на відновлення природної здатності нервової системи до саморегуляції через усвідомлення тілесних відчуттів та поступове вивільнення травматичної енергії, що підкреслює важливість роботи з тілесними проявами травми. Концепція травматичної активації в соматичному переживанні описує стан хронічної мобілізації нервової системи, який виникає після травматичного досвіду та характеризується підвищеним м'язовим тонусом, зміненими патернами дихання, порушеннями сну та хронічною гіперпільністю.

П. Огден зазначає, що інтегративна модель тіла в травмі поєднує соматичні, когнітивні та емоційні аспекти травматичного досвіду, де травма впливає на всі рівні досвіду: соматичний (тілесні відчуття, рухи, постанова), емоційний (почуття та афекти) та когнітивний (думки, переконання, образи), що вимагає комплексного терапевтичного підходу.⁴³ Екологічні моделі травми розглядають травматичний досвід в контексті множинних рівнів соціального оточення, від найближчого мікросередовища до широких культурних та політичних структур, формуючи системне розуміння травми як соціально обумовленого феномену.

На думку Урі Бронфенбреннера, модель екологічних систем застосовується для розуміння того, як фактори на різних рівнях соціальної системи впливають на розвиток та подолання травматичних розладів, де мікросистема включає безпосередні міжособистісні відносини з сім'єю, друзями та колегами, які можуть як підтримувати, так і ускладнювати процес відновлення. Мезосистема охоплює взаємодії між різними мікросистемами, такими як стосунки між сім'єю та робочим місцем або медичними службами, тоді як екзосистема включає соціальні структури та інститути, які опосередковано впливають на індивіда через їх вплив на мікро- та мезосистеми. Концепція

⁴² Levine P. A. Waking the tiger : healing trauma : the innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley : North Atlantic Books, 1997. 294 p. URL: <https://med-fom-learningcircle.sites.olt.ubc.ca/files/2015/04/Waking-the-Tiger.pdf> (date of access: 19.05.2025).

⁴³ Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy / P. Ogden et al. Norton & Company, Incorporated, W. W., 2006. 384 p.

соціальної екології травми підкреслює взаємозв'язок між індивідуальними травматичними переживаннями та більш широкими соціальними умовами, які можуть сприяти або перешкоджати процесам зцілення, де фактори соціальної нерівності, такі як бідність, дискримінація, соціальна ізоляція та обмежений доступ до ресурсів, можуть посилювати вплив травматичних переживань та ускладнювати процеси відновлення.⁴⁴ Культурні моделі травми підкреслюють важливість врахування етнічних, расових, релігійних та соціально-економічних факторів у розумінні травматичного досвіду, формуючи культурно чутливе розуміння травми як феномену, що має різні прояви та значення в різних культурних контекстах. Концепція історичної травми, розроблена для роботи з корінними народами Америки, описує передачу травматичного досвіду через покоління в результаті системного геноциду, примусової асиміляції та культурного пригнічення, що проявляється в високих рівнях депресії, суїцидальності, залежностей та соціальної дезорганізації в громадах корінних народів. Подолання історичної травми вимагає не лише індивідуального лікування, але й колективних процесів примирення, культурного відродження та політичного визнання, що підкреслює необхідність системного підходу до роботи з травмою на рівні громад. Концепція культурного синдрому, пов'язаного з травмою, описує специфічні прояви травматичного стресу в різних культурних контекстах, як-от "susto" в латиноамериканських культурах, що описує стан душевного потрясіння, пов'язаний з втратою душі після жахливої події, або "атак де нервіос" з інтенсивними фізичними та емоційними симптомами у відповідь на стресові події.⁴⁵

Гендерно-чутливі моделі травми враховують специфічні аспекти травматичного досвіду жінок, чоловіків та осіб з різноманітною гендерною

⁴⁴ Bronfenbrenner U. *Ecology of Human Development*. Harvard University Press, 2009. 348 p. URL: <https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie-bronfenbrenner-the-ecology-of-human-developbokos-z1.pdf> (date of access: 20.05.2025).

⁴⁵ Brown-Rice K. Examining the Theory of Historical Trauma Among Native Americans. *The Professional Counselor*. 2013. Vol. 3, no. 3. P. 117–130. URL: <https://tpcjournal.nbcc.org/examining-the-theory-of-historical-trauma-among-native-americans/> (date of access: 20.05.2025)

ідентичністю, підкреслюючи важливість врахування гендерних факторів у розумінні та лікуванні травматичних розладів. Жінки частіше переживають міжособистісну травму, включаючи сексуальне насильство, домашнє насильство та дитячі зловживання, що може призводити до комплексних травматичних розладів з порушеннями емоційної регуляції, міжособистісних стосунків та самосприйняття, тоді як чоловіки частіше піддаються бойовій травмі, нещасним випадкам та фізичному насильству, але рідше звертаються за психологічною допомогою через соціальні стереотипи про маскуліність.

Зарубіжна науковиця Джудіт Германн зазначає, що феміністська теорія травми зосереджується на вивченні гендерної нерівності та патріархальних структур у формуванні травматичного досвіду жінок, показуючи зв'язок між приватним насильством над жінками та публічним насильством війни, де обидва види травми мають спільні механізми та наслідки. Гендерні норми впливають на прояви травматичних симптомів, з жінками, які частіше демонструють інтерналізуючі симптоми (депресія, тривога), та чоловіками, які схильні до екстерналізуючих проявів (агресія, зловживання речовинами), що вимагає гендерно-специфічних терапевтичних підходів.⁴⁶

Слід зауважити, що протягом останніх років в сучасному науковому дискурсі спостерігається тенденція до зміщення фокусу з виключно патологізуючих моделей до концептуальних підходів, що акцентують на потенціалі до відновлення, адаптації й особистісного зростання.

Особливої уваги набули теорії резильєнтності, які розглядають здатність індивіда зберігати або відновлювати психологічне благополуччя навіть у контексті глибокого стресу чи травматичних подій. У межах теорії важливим є розуміння резильєнтності як процесу, що формується у взаємодії з соціальним середовищем. Дослідження демонструють, що чинники на індивідуальному рівні (когнітивна гнучкість, емоційна регуляція, самоефективність, духовні переконання) прямо впливають на збереження функціональності після

⁴⁶ Herman J. Trauma and recovery. New York : BasicBooks, 1992. 276 p. URL: https://beyondthetemple.com/wp-content/uploads/2018/04/herman_trauma-and-recovery-1.pdf (date of access: 20.05.2025).

травматичних переживань. Водночас, соціальні умови (підтримуючі стосунки, інклюзивні громади та доступ до ресурсів), суттєво підсилюють внутрішній потенціал індивіда. Послідовно, постає динамічне уявлення про резильєнтність, згідно з яким адаптація до травми залежить не лише від особистих якостей, а й від культурних та контекстуальних умов, що визначають, які саме ресурси є доступними та як саме вони можуть бути залучені. Такий підхід дозволяє розглядати резильєнтність як продукт складної взаємодії між індивідом та середовищем, де критичну роль відіграють соціальні інститути, норми, системи підтримки та колективні наративи.⁴⁷

Особливої уваги заслуговує концепція посттравматичного росту, яка відкриває нову перспективу на психологічні наслідки травми, вказуючи на можливість позитивних змін у результаті боротьби з екзистенційними викликами. Зміни стосуються переосмислення життєвих цінностей, поглиблення міжособистісних стосунків, посилення особистісної сили, здатності до вдячності й, у багатьох випадках, — духовного оновлення. При цьому посттравматичний ріст не заперечує страждання чи болю, а радше вказує на їх співіснування із позитивними трансформаціями. Однак, справедливим буде зауважити, що трансформації не завжди є автентичними. Важливо розрізняти конструктивні форми росту, що базуються на реалістичному осмисленні досвіду, від ілюзорних форм, які служать психологічною обороною, але не ведуть до глибинної інтеграції пережитого.⁴⁸ Сучасні інтегративні моделі травми намагаються поєднати різні теоретичні підходи для створення більш комплексного розуміння травматичного досвіду через розвиток травма-інформованих підходів, які визнають поширеність травматичного досвіду в населенні та його багатовимірний вплив на людське функціонування. Модель SAMHSA

⁴⁷ McCleary J., Figley C. Resilience and trauma: Expanding definitions, uses, and contexts. *Traumatology*. 2017. Vol. 23, no. 1. P. 1–3. URL: <https://doi.org/10.1037/trm0000103> (date of access: 21.05.2025).

⁴⁸ Rybak O. The concept of post-traumatic growth in positive psychology. *Psychological journal*. 2022. Vol. 8, no. 4. P. 69–78. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.4.6> (date of access: 21.05.2025).

(Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я) визначає шість основних принципів травма-інформованої допомоги:

- Безпека - створення фізично та психологічно безпечного середовища для всіх учасників з урахуванням різноманітних потреб різних культурних та демографічних груп.
- Довіра та прозорість - забезпечення відкритості в операційній діяльності та прийнятті рішень для побудови та підтримання довіри з отримувачами послуг, персоналом та зацікавленими сторонами.
- Підтримка однолітків - інтеграція культури взаємної підтримки в організаційну структуру через створення можливостей для автентичних зв'язків між усіма співробітниками.
- Співпраця та взаємність - впровадження колаборативного підходу з руйнуванням ієрархій та підтримкою благополуччя як клієнтів, так і персоналу.
- Розширення можливостей, голос та вибір - віра в можливість відновлення від травми, підтримка внутрішньої резильєнтності людей та забезпечення права вибору замість примусу.⁴⁹
- Культурні, історичні та гендерні питання - подолання культурних стереотипів, надання гендерно-чутливих послуг та визнання історичної травми.

У сукупності зазначені принципи застосовуються в клінічних умовах та освітніх закладах, соціальних службах, системі кримінального правосуддя та інших інституціях, що підкреслює системний характер травма-інформованого підходу. Сучасні технологічні інновації відкривають нові можливості для розуміння та лікування травматичних розладів через інтеграцію досягнень нейротехнологій, комп'ютерних наук та штучного інтелекту в практику травматологічної допомоги. Нейротехнології (нейрофідбек, транскраніальна

⁴⁹ Cusick J. SAMHSA's Six Principles of Trauma-Informed Care. *BCcampus Open Publishing – Open Textbooks Adapted and Created by BC Faculty*. URL: <https://opentextbc.ca/peersupport/chapter/samhsas-six-principles-of-trauma-informed-care/> (date of access: 22.05.2025).

магнітна стимуляція, глибока стимуляція мозку), дозволяють безпосередньо впливати на нейронні мережі, пов'язані з травматичними реакціями, надаючи можливості для прецизійного втручання на рівні мозкової активності. Віртуальна та доповнена реальність застосовуються для створення контрольованих умов експозиційної терапії та тренування навичок подолання, дозволяючи безпечно відтворювати травматичні ситуації для терапевтичного опрацювання.⁵⁰ Штучний інтелект використовується для аналізу біомаркерів травми, прогнозування ризику розвитку ПТСР та персоналізації терапевтичних інтервенцій на основі індивідуальних характеристик пацієнтів, що відкриває перспективи для розвитку персоналізованої медицини в галузі травматології. Телемедицина та цифрові платформи розширюють доступність травматологічних послуг, особливо для віддалених та недостатньо обслуговуваних популяцій, що особливо актуально в умовах глобальних кризових ситуацій.

Майбутні напрями розвитку теоретичних моделей травми, на думку автора, повинні зосередитись на глибшій інтеграції біологічних, психологічних та соціальних перспектив через розвиток міждисциплінарних підходів, які поєднують знання з різних наукових галузей для створення більш комплексного розуміння травматичного досвіду. Персоналізована медицина на основі генетичних, епігенетичних та нейробиологічних маркерів обіцяє революціонізувати підходи до діагностики та лікування травматичних розладів через розробку індивідуалізованих протоколів лікування, що враховують унікальні біологічні та психологічні характеристики кожного пацієнта. Розвиток глобальної психічної охорони здоров'я вимагає адаптації західних моделей травми до різних культурних контекстів та інтеграції традиційних практик зцілення з сучасними науковими підходами, що підкреслює необхідність культурно чутливих та контекстуально релевантних моделей травматологічної допомоги. Превентивна травматологія як новий напрям досліджень фокусується на ідентифікації факторів ризику та розробці інтервенцій для попередження

⁵⁰ Rizzo A. “, Koenig S. T., Talbot T. “. Clinical Virtual Reality: Emerging Opportunities for Psychiatry. *FOCUS*. 2018. Vol. 16, no. 3. P. 266–278. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180011> (date of access: 13.05.2025).

розвитку травматичних розладів, що може значно зменшити суспільний тягар травми. Підсумовуючи, концепція травми як універсального людського досвіду, який вимагає комплексної та мультидисциплінарної відповіді, стає основою для розвитку більш ефективних та гуманних підходів до підтримки людей, які пережили травматичні події. Комплексне розуміння травми як індивідуальної проблеми та соціального феномену відкриває нові можливості для профілактики травматизації та створення більш безпечного та підтримуючого соціального середовища для всіх членів суспільства. Інтеграція різних теоретичних перспектив у єдину концептуальну рамку дозволяє розробляти більш ефективні терапевтичні підходи, які враховують багатовимірну природу травматичного досвіду та індивідуальні потреби кожного пацієнта. Розвиток травма-інформованих спільнот та інституцій створює основу для системної трансформації підходів до травми на рівні суспільства, що може призвести до значного покращення результатів лікування та підвищення якості життя людей, які пережили травматичні події.

1.3. Міжнародний та національний досвід організації реабілітаційної допомоги жертвам воєнних конфліктів

Реабілітаційна допомога жертвам воєнних конфліктів становить одну з найскладніших і багатовимірних проблем сучасної медицини, психології та соціальної роботи, що вимагає глибокого розуміння специфіки воєнних травм як унікального феномену, який поєднує фізичні ушкодження з комплексними психологічними порушеннями, соціальною дезадаптацією та довготривалими наслідками для всіх сфер життєдіяльності постраждалих. Міжнародний досвід свідчить, що ефективна реабілітація потребує системного підходу, який інтегрує медичні, психологічні, соціальні, професійні, освітні та культурні аспекти відновлення через створення міждисциплінарних команд спеціалістів, розробку індивідуалізованих програм лікування та забезпечення безперервності допомоги на всіх етапах реабілітаційного процесу. Еволюція підходів до реабілітації воєнних жертв демонструє трансформацію від простого медичного лікування

фізичних ушкоджень до комплексних холістичних програм, які враховують біопсихосоціальну природу травматичного досвіду та необхідність відновлення не лише функціональних здібностей, але й психологічного благополуччя, соціальної інтеграції та життєвої якості постраждалих у довгостроковій перспективі. Історичний розвиток міжнародних підходів до реабілітації жертв воєнних конфліктів відображає поступову зміну наукового розуміння природи воєнних травм та методів їх лікування. Друга світова війна принесла нові виклики у вигляді масових цивільних жертв та необхідності реабілітації великої кількості інвалідів війни, що призвело до розвитку перших спеціалізованих реабілітаційних центрів та програм професійної перепідготовки.

В'єтнамська війна стала переломним моментом у розумінні довготривалих психологічних наслідків військових дій, що призвело до офіційного визнання посттравматичного стресового розладу як окремого діагностичного критерію та розробки спеціалізованих програм психологічної реабілітації для ветеранів. Конфлікти в Іраку та Афганістані продемонстрували необхідність врахування культурних особливостей, соціального контексту та специфіки сучасних асиметричних воєнних дій при організації реабілітаційних заходів, а також важливість інтеграції новітніх технологій у процеси відновлення функцій та психологічного зцілення.⁵¹ Американська модель реабілітації ветеранів, яка розвивалася протягом більш ніж століття, представляє один з найбільш розвинених та комплексних підходів до допомоги жертвам воєнних конфліктів через Департамент у справах ветеранів США, який координує діяльність численних медичних закладів, включаючи медичні центри, амбулаторні клініки, центри ветеранського консультування та спеціалізовані програми для різних категорій постраждалих. Особливістю американської системи є інтеграція медичної допомоги з професійною реабілітацією через програму професійної реабілітації та працевлаштування, яка забезпечує фінансування навчання, професійної підготовки, підприємницької діяльності та працевлаштування для

⁵¹ Marble S. Rehabilitating the Wounded: Historical Perspective on Army Policy. Office of Medical History, 2006. 121 p. URL: <https://apps.dtic.mil/sti/tr/pdf/ADA483626.pdf> (date of access: 23.05.2025).

осіб з інвалідністю, отриманою під час військової служби. Психологічна складова американської моделі включає індивідуальні та групові форми терапії з особливим акцентом на доказово-базовані методи лікування ПТСР (когнітивно-поведінкову терапію, експозиційну терапію, EMDR та інноваційні підходи, такі як терапія віртуальною реальністю та терапія з використанням тварин).⁵²

Європейський досвід організації реабілітаційної допомоги характеризується різноманітністю національних моделей, які відображають специфіку історичного розвитку, політичних систем та соціокультурних традицій окремих країн, але об'єднані спільним підходом до інтеграції реабілітаційних послуг у загальні системи охорони здоров'я та соціального забезпечення. Німецька модель реабілітації базується на принципах соціального страхування та характеризується високим рівнем інституційної інтеграції через Федеральне міністерство оборони, яке координує спеціалізовані програми для військовослужбовців, що постраждали під час міжнародних місій. Особливістю німецької системи є акцент на превентивні заходи та раннє втручання, що включає обов'язкову психологічну підготовку військовослужбовців перед відправленням у зони бойових дій, систематичний моніторинг психічного стану після повернення та програми сімейної підтримки для родин військовослужбовців.⁵³

Французька модель характеризується централізованим управлінням через Міністерство у справах ветеранів та жертв війни, яке координує діяльність національної мережі спеціалізованих медичних центрів, включаючи Національний інститут інвалідів війни у Сен-Морісі, який є одним з провідних європейських центрів реабілітації та наукових досліджень у сфері воєнних

⁵² Basko A. V., Sobakar A. O., Myroniuk S. A. Methods of rehabilitation of military personnel, status of functioning and development of implementation centers as one of the directions of activity of local government bodies. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. Vol. 18, no. 1. P. 78–93. URL: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9> (date of access: 23.05.2025).

⁵³ Organization of medical rehabilitation in the leading countries of the world / V. I. Shevchuk et al. *Bulletin of Problems Biology and Medicine*. 2019. Vol. 1, no. 2. P. 51. URL: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-51-55> (date of access: 23.05.2025).

травм.⁵⁴ Британський підхід до реабілітації військовослужбовців демонструє унікальне поєднання державних ініціатив через Національну службу охорони здоров'я та потужний сектор благодійних організацій, які традиційно відігравали ключову роль у підтримці ветеранів, включаючи такі організації як Help for Heroes, Combat Stress та Royal British Legion. Особливістю британської системи є розвиток інноваційних технологій реабілітації через партнерство між державними установами, провідними університетами та приватними технологічними компаніями, що призвело до створення піонерських програм використання віртуальної реальності для лікування фобій та тривожних розладів, розробки найсучасніших роботизованих протезів з біологічним зворотним зв'язком та впровадження телемедицини для забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги у віддалених регіонах.⁵⁵

Скандинавські країни демонструють модель реабілітації, яка базується на принципах універсального соціального забезпечення, міжсекторальної співпраці та акценті на громадську реабілітацію через інтеграцію у загальну систему охорони здоров'я та соціальних послуг, що забезпечує безперервність допомоги та координацію різних видів послуг без додаткової стигматизації військових жертв. Норвезька система реабілітації ветеранів характеризується інноваційним підходом до міждисциплінарної співпраці через створення регіональних координаційних центрів, які об'єднують медичних працівників, психологів, соціальних працівників, професійних консультантів та представників місцевих громад для забезпечення комплексної підтримки. Особливістю скандинавської моделі є акцент на громадську реабілітацію та соціальну інтеграцію через розвиток програм професійної підготовки, житлового забезпечення, культурної адаптації та активного залучення до громадського життя через волонтерську

⁵⁴ The French Integrative Psychosocial Rehabilitation Assessment for Complex Situations (FIPRACS): Modelization of an Adapted Assessment Method Toward Long-Term Psychiatric Inpatients With Disabling, Severe and Persistent Mental Illness / C. Clesse et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.540680> (date of access: 23.05.2025).

⁵⁵ Academic Department of Military Rehabilitation (ADMR): avoiding the pitfalls of 'the Walker Dip' / R. J. Coppack et al. *BMJ Military Health*. 2023. P. 1–5. URL: <https://doi.org/10.1136/military-2023-002469> (date of access: 23.05.2025).

діяльність, спортивні програми та творчі ініціативи. Шведський досвід демонструє ефективність міждисциплінарних команд, які працюють за індивідуальними планами реабілітації та включають не лише традиційних спеціалістів, але й культурних медіаторів, духовних наставників та представників ветеранських організацій, що дозволяє враховувати всі аспекти життєдіяльності постраждалих та забезпечувати цілісний підхід до відновлення.⁵⁶

Ізраїльський досвід реабілітації жертв воєнних конфліктів характеризується унікальним поєднанням найсучасніших досягнень військової медицини з інноваційними підходами цивільної системи охорони здоров'я в умовах постійної загрози терористичних актів та воєнних дій, що зумовило розвиток однієї з найефективніших у світі систем екстреної медичної допомоги та реабілітації з інтегрованим підходом до лікування як військовослужбовців, так і цивільних жертв терору. Ізраїльська модель включає мережу спеціалізованих травматологічних центрів, таких як Центр реабілітації "Левінштайн" та Центр ортопедичної реабілітації "Хадасса", які є визнаними світовими лідерами в розробці інноваційних технологій протезування, нейрореабілітації та психологічного відновлення. Особливістю ізраїльського підходу є інтеграція цивільного населення в програми реабілітації через Національний інститут страхування, який координує фінансування та забезпечує довгострокову підтримку всіх категорій постраждалих незалежно від їх статусу, включаючи спеціалізовані програми для дітей та підлітків, що пережили травматичні події, програми сімейної терапії та громадської реабілітації.⁵⁷

Досвід країн, які пережили громадянські війни та етнічні конфлікти, демонструє специфічні виклики організації реабілітаційної допомоги в умовах

⁵⁶ Yttereng V. O. A Scandinavian Veteran Policy? A Comparative Study of Norwegian, Swedish and Danish Veteran Policies Since 2000. *Scandinavian Journal of Military Studies*. 2023. Vol. 6, no. 1. P. 135–150. URL: <https://doi.org/10.31374/sjms.186> (date of access: 24.05.2025).

⁵⁷ Luchaninova O., Pylypchuk Y. Israeli experience in the rehabilitation of military veterans for the training system of military psychologists in Ukraine. *Education: Modern Discourses*. 2024. No. 7. URL: <https://doi.org/10.37472/2617-3107-2024-7-13> (date of access: 24.05.2025).

обмежених економічних ресурсів, зруйнованої соціальної інфраструктури та необхідності одночасного вирішення питань відновлення держави, примирення між ворогуючими групами та індивідуальної реабілітації великої кількості постраждалих. Балканські країни після воєн 1990-х років розробили унікальні моделі реабілітації, які поєднують елементи західноєвропейських підходів з урахуванням специфічних травм цивільного населення, включаючи масові переміщення, етнічні чистки, систематичне сексуальне насильство та руйнування культурної ідентичності цілих спільнот. Боснійський досвід демонструє важливість інтеграції традиційних механізмів громадського примирення з професійною психологічною допомогою через створення мультикультурних центрів реабілітації, які враховують релігійні та етнічні особливості різних груп населення та включають імамів, священників та рабинів у процес психологічного зцілення поряд з професійними психотерапевтами.⁵⁸

Особливої уваги потребували спеціальні програми для жінок та дітей, які пережили сексуальне насильство під час війни, що призвело до розробки гендерно-чутливих підходів до травма-терапії та створення безпечних просторів для жертв, які часто стикалися з додатковою стигматизацією з боку власних спільнот. Хорватська модель реабілітації ветеранів включає комплексні програми медичної, психологічної та соціальної підтримки, які інтегровані в загальну систему соціального забезпечення та враховують специфічні потреби різних категорій учасників Вітчизняної війни та членів їхніх сімей.⁵⁹ Доволі цікавим для аналізу є і досвід африканського континенту, оскільки він відображає унікальні виклики реабілітації жертв воєнних конфліктів в умовах обмежених економічних ресурсів, слабкої медичної інфраструктури та необхідності врахування традиційних культурних практик зцілення та

⁵⁸ Post-Conflict Rehabilitation Lessons from South East Europe and Strategic Consequences for the Euro-Atlantic Community / J.-J. de Darde et al. Vienna and Sofia: Study Group Information, 2006. 235 p. URL: <https://ciaotest.cc.columbia.edu/wps/nda/0000887/0000887.pdf> (date of access: 23.05.2025).

⁵⁹ War victims in need of physical rehabilitation in Croatia / N. Henigsberg et al. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1997. Vol. 25, no. 3. P. 202–206. URL: <https://doi.org/10.1177/140349489702500309> (date of access: 24.05.2025).

громадського примирення. Досвід Руанди після геноциду демонструє можливості організації масової психологічної реабілітації через інтеграцію традиційних механізмів правосуддя з сучасними підходами до громадського зцілення.

Система громадських судів "Гакака" в Руанді поєднала елементи традиційного правосуддя з психологічною підтримкою, що дозволило не лише розглянути справи про воєнні злочини на місцевому рівні, але й забезпечити процес колективного примирення та психологічної реабілітації як жертв, так і винних у скоєнні злочинів через публічне визнання правди, вибачення та символічну реституцію.⁶⁰ Південноафриканський досвід після закінчення апартеїду показує важливість Комісії правди та примирення як механізму колективної реабілітації суспільства після тривалого конфлікту, де акцент робився не на покаранні, а на відновленні соціальної тканини через публічне свідчення про скоєні злочини, визнання страждань жертв та створення умов для національного примирення.⁶¹ Окремої уваги заслуговують латиноамериканські країни, які розробили специфічні підходи до реабілітації жертв внутрішніх збройних конфліктів та політичних репресій. Колумбійська модель реабілітації включає комплексні програми для жертв збройного конфлікту, який тривав понад п'ятдесят років та вразив мільйони людей у всіх регіонах країни.

Закон про жертв та реституцію земель забезпечує правову основу для комплексної реабілітації, яка включає медичну допомогу, психологічну підтримку, освітні програми, економічну компенсацію та відновлення порушених прав через створення спеціалізованої національної системи допомоги та репарацій. Особливістю колумбійського досвіду є врахування специфіки сільських регіонів та корінних народів, які становили значну частину жертв

⁶⁰ Waldorf L. Transitional Justice and DDR: The Case of Rwanda. New York : International Center for Transitional Justice, 2009. 35 p. URL: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-DDR-Rwanda-CaseStudy-2009-English.pdf> (date of access: 24.05.2025).

⁶¹ van der Merwe H., Lamb G. Transitional Justice and DDR: The Case of South Africa. New York : Transitional Justice and DDR: The Case of South Africa, 2009. 37 p. URL: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-DDR-South-Africa-CaseStudy-2009-English.pdf> (date of access: 24.05.2025).

конфлікту, що призвело до розробки диференційованих підходів до реабілітації, які враховують культурні традиції, мовні особливості та специфічні потреби різних етнічних груп.⁶² Чилійський досвід реабілітації жертв політичних репресій під час військової диктатури Піночета демонструє важливість державного визнання страждань жертв через створення Національної комісії правди та примирення, яка не лише документувала порушення прав людини, але й заклала основи для створення спеціалізованих програм психологічної допомоги та соціальної реституції для постраждалих та їхніх родин.⁶³

Азіатські країни представляють різноманітні моделі реабілітації, які відображають унікальні культурні традиції, економічні можливості та специфіку регіональних конфліктів, включаючи як міждержавні війни, так і внутрішні етнічні та релігійні конфлікти. Південнокорейський досвід https://drive.google.com/drive/folders/1sm62PY8HRn8jM6HKSaafjcieUlBy1_71включає спеціалізовані програми для ветеранів В'єтнамської війни та жертв північнокорейських провокацій, які характеризуються інтеграцією традиційних східноазіатських підходів до зцілення з сучасними західними методами психотерапії. Особливістю корейської моделі є використання традиційної медицини, включаючи акупунктуру, фітотерапію та медитативні практики, поряд з когнітивно-поведінковою терапією та групові форми підтримки, що відповідають колективістським цінностям корейського суспільства.⁶⁴

Японський підхід до реабілітації жертв воєнних дій характеризується особливою увагою до психологічних аспектів травми та розвитком унікальних методів групової терапії, які враховують важливість соціальної гармонії та

⁶² Psychosocial rehabilitation experiences of women victims of armed conflict in Montes de María, Colombia / L. C. Sarmiento-Marulanda et al. *Archives of Public Health*. 2021. Vol. 79, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00548-w> (date of access: 24.05.2025).

⁶³ Quiroga J., Lira E. The military coup in Chile in 1973, the immediate reaction of international organisations, and the founding of the first rehabilitation program for torture victims in 1977. *Torture Journal*. 2022. Vol. 32, no. 1-2. P. 113–132. URL: <https://doi.org/10.7146/torture.v32i1-2.131916> (date of access: 25.05.2025).

⁶⁴ Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war / J. F. Ikin et al. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009. Vol. 63, no. 5. P. 359–365. URL: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061986> (date of access: 25.05.2025).

збереження "обличчя" в японській культурі.⁶⁵ Слід зауважити, що сучасні технологічні інновації кардинально змінюють підходи до реабілітації жертв воєнних конфліктів через впровадження передових досягнень біомедичних технологій, штучного інтелекту, робототехніки та цифрових платформ, що дозволяє значно підвищити ефективність лікування, персоналізувати терапевтичні підходи та забезпечити доступність спеціалізованої допомоги навіть у віддалених регіонах.⁶⁶ Використання штучного інтелекту для діагностики ПТСР дозволяє виявляти ранні ознаки психологічних порушень через аналіз мовних патернів, фізіологічних показників та поведінкових характеристик, що сприяє своєчасному втручання та персоналізації програм лікування відповідно до індивідуальних потреб кожного пацієнта.⁶⁷ Віртуальна та доповнена реальність застосовуються для експозиційної терапії фобій та тривожних розладів, створення безпечних умов для опрацювання травматичних спогадів, тренування соціальних навичок та професійної реабілітації, що особливо важливо для пацієнтів з важкими формами ПТСР, які не можуть безпосередньо стикатися з тригерними ситуаціями. Телемедицина забезпечує доступ до спеціалізованої допомоги в віддалених регіонах та для осіб з обмеженою мобільністю через онлайн-консультації, дистанційний моніторинг стану пацієнтів та координацію між різними спеціалістами.⁶⁸

Український досвід організації реабілітаційної допомоги жертвам воєнних конфліктів формується в унікальних умовах активного збройного протистояння, що триває з початку російської агресії, та характеризується необхідністю одночасного надання допомоги як військовослужбовцям, так і цивільним

⁶⁵ Social Welfare and Relief for War Victims. P. 191–219. URL: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/08e.pdf> (date of access: 25.05.2025).

⁶⁶ Klymenko I. S. Innovative approaches in the rehabilitation of military prisoners of war and residents of temporarily occupied territories. *Psychiatry Neurology and Medical Psychology*. 2024. No. 23. P. 50–56. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-06> (date of access: 25.05.2025).

⁶⁷ Systematic review of machine learning in PTSD studies for automated diagnosis evaluation / Y. Wu et al. *npj Mental Health Research*. 2023. Vol. 2, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00035-w> (date of access: 25.05.2025).

⁶⁸ Deploying a telemedicine collaborative care intervention for posttraumatic stress disorder in the U.S. Department of Veterans Affairs: A stepped wedge evaluation of an adaptive implementation strategy / J. C. Fortney et al. *General Hospital Psychiatry*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.03.009> (date of access: 26.05.2025).

особам, які постраждали внаслідок бойових дій, при обмежених ресурсах та зруйнованій інфраструктурі в окремих регіонах країни. Система медичної реабілітації включає військові госпіталі, які спеціалізуються на лікуванні бойових травм та мають досвід роботи з найсучаснішими методами військової медицини, цивільні лікарні, які адаптували свої можливості для прийому поранених військовослужбовців та цивільних жертв війни, а також спеціалізовані реабілітаційні центри, які були створені або перепрофільовані для надання комплексної допомоги постраждалим від воєнних дій. Міністерство охорони здоров'я України координує діяльність медичних установ через систему централізованого управління та розподілу ресурсів, що дозволяє відстежувати потреби в реабілітаційних послугах та плануванні довгострокової допомоги.⁶⁹

Станом на поточний період в Україні функціонує мережа спеціалізованих центрів реабілітації для учасників бойових дій, які надають комплексні послуги медичної, психологічної та соціальної реабілітації через мультидисциплінарні команди, що включають лікарів різних спеціальностей, психологів, соціальних працівників, фізичних та ерготерапевтів, протезистів та інших спеціалістів. Особливістю української моделі є активна участь волонтерських організацій та громадських ініціатив у забезпеченні реабілітаційних послуг, що компенсує недостатність державних ресурсів та забезпечує гнучкість у реагуванні на нові виклики та потреби постраждалих. Громадські організації, такі як "Повернись живим", "Спілка учасників АТО", "Ветерани України", "Інваліди АТО" та багато інших координують програми психологічної підтримки, професійної перепідготовки, соціальної адаптації та адвокації інтересів ветеранів на державному рівні через створення національних та регіональних мереж підтримки. Міжнародна технічна допомога відіграє критично важливу роль у розвитку української системи реабілітації через постачання сучасного медичного обладнання, включаючи діагностичну апаратуру, реабілітаційні пристрої та

⁶⁹ Вишньовський В. Психологічні стратегії для відновлення жертв воєнних конфліктів. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки* : Матеріали Міжнар. наук. конф., м. Тернопіль, 15–16 квіт. 2025 р. Тернопіль, 2025. С. 14–17. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/48589> (дата звернення: 26.05.2025).

протези, навчання медичного персоналу за міжнародними стандартами та протоколами, фінансування реабілітаційних програм та інфраструктурних проектів. Співпраця з НАТО в рамках трастового фонду реабілітації забезпечує впровадження найкращих світових практик медичної допомоги військовослужбовцям, підготовку українських спеціалістів у провідних медичних центрах країн-партнерів та адаптацію міжнародних протоколів лікування до українських умов. Європейський Союз, США, Канада та інші країни-партнери надають значну підтримку у розвитку української системи реабілітації через двосторонні програми співпраці, грантове фінансування та технічну допомогу, що включає як короткострокову гуманітарну допомогу, так і довгострокові програми інституційного розвитку.⁷⁰

Система психологічної реабілітації в Україні розвивається через створення мережі спеціалізованих центрів психологічної допомоги, підготовку психологів для роботи з травмою війни та впровадження доказово-базованих методів психотерапії, адаптованих до українського культурного контексту та специфіки воєнних травм. Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи координує розробку методичних рекомендацій, навчальних програм для спеціалістів та стандартів надання психологічної допомоги постраждалим від воєнних дій через інтеграцію міжнародного досвіду з українськими традиціями та культурними особливостями. Особливого значення набуває робота з дітьми, які постраждали від воєнних дій, через розвиток спеціалізованих програм дитячої травма-терапії, включаючи арт-терапію, ігрову терапію, пісочну терапію та сімейне консультування, що враховують вікові особливості дитячої психіки та специфіку дитячих реакцій на травматичні події. Інтеграція традиційних українських культурних практик з сучасними методами психотерапії створює унікальний підхід до реабілітації, який враховує

⁷⁰ Крупа В., Лобода І., Кшановська Р. Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів. *InterConf*. 2022. № 15(117). С. 260–267. URL: <https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.07.2022.027> (дата звернення: 26.05.2025).

національну ідентичність, релігійні переконання, культурні цінності та історичну пам'ять українського народу.⁷¹

Професійна реабілітація та працевлаштування ветеранів в Україні здійснюється через систему програм перепідготовки кадрів, підприємницької підтримки та створення спеціальних умов для працевлаштування осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок участі в бойових діях. Державна служба зайнятості України реалізує спеціалізовані програми професійної орієнтації, навчання та перекваліфікації для учасників бойових дій через мережу центрів зайнятості, які адаптували свої послуги до специфічних потреб ветеранів та їхніх сімей. Створення соціальних підприємств та кооперативів ветеранів забезпечує не лише працевлаштування, але й формування підтримуючого соціального середовища, де колишні військовослужбовці можуть використовувати набуті під час служби навички та досвід у цивільній діяльності.

Програми мікрокредитування та грантової підтримки сприяють розвитку підприємницької діяльності серед ветеранів та членів їхніх сімей через надання фінансових ресурсів, консультаційної підтримки та навчання основам ведення бізнесу.⁷² Соціальна реабілітація в Україні включає також широкий спектр програм житлового забезпечення, освітньої підтримки та культурної інтеграції, які спрямовані на забезпечення повноцінного включення ветеранів та їхніх сімей у суспільне життя через подолання бар'єрів, пов'язаних з інвалідністю, травматичним досвідом та соціальною стигматизацією. Пільгове кредитування для придбання житла, компенсація витрат на навчання дітей ветеранів, безкоштовне санаторно-курортне лікування та інші соціальні гарантії становлять основу соціального пакету для учасників бойових дій, хоча їх реалізація часто стикається з фінансовими обмеженнями та адміністративними перешкодами.

⁷¹ Єрмоленко А. В. Моніторинг ефективності соціальних програм інтеграційної, психологічної та професійної реабілітації військових в Україні: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 "Соціальна робота". Запоріжжя, 2025. 85 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/25803> (дата звернення: 26.05.2025).

⁷² Петrenchенко С. Проблеми ринку праці та можливості працевлаштування важкопоранених комбатантів. *Psychology Travelogs*. 2025. № 1. С. 118–126. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2025-1-12> (дата звернення: 26.05.2025).

Особливої уваги потребує реабілітація жінок-ветеранок, які становлять значну частину учасників бойових дій та мають специфічні потреби в медичній та психологічній допомозі, пов'язані з репродуктивним здоров'ям, материнством та подоланням гендерних стереотипів у військовій сфері. Програми реабілітації включають консультування з репродуктивного здоров'я, підтримку материнства, профілактику гендерно-обумовленого насильства та створення безпечних просторів для жінок-ветеранок. Підсумовуючи, американська та європейські моделі характеризуються високим рівнем інституційної інтеграції, комплексними програмами професійної реабілітації та впровадженням інноваційних технологій, включаючи віртуальну реальність, роботизовані протези та телемедичні рішення. Досвід країн, які пережили громадянські війни та етнічні конфлікти, підкреслює важливість врахування культурних особливостей, інтеграції традиційних механізмів громадського примирення з професійною допомогою та розробки гендерно-чутливих підходів до терапії. Скандинавські країни демонструють ефективність універсального соціального забезпечення та міжсекторальної співпраці, тоді як ізраїльський досвід показує можливості інтеграції найсучасніших досягнень військової медицини з цивільною системою охорони здоров'я. Сучасні технологічні інновації кардинально змінюють підходи до реабілітації через використання штучного інтелекту для діагностики, віртуальної реальності для терапії та телемедицини для забезпечення доступності спеціалізованої допомоги. Український досвід формується в унікальних умовах активного збройного протистояння та характеризується активною участю волонтерських організацій, значною міжнародною технічною допомогою та необхідністю одночасного надання допомоги військовослужбовцям і цивільним особам при обмежених ресурсах. Інтеграція традиційних українських культурних практик з сучасними методами психотерапії створює унікальний підхід до реабілітації, що враховує національну ідентичність та культурні цінності.

Висновки до розділу 1

Формування комплексної наукової парадигми психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах воєнного конфлікту характеризується міждисциплінарною інтеграцією медичних, психологічних, соціальних та культурних підходів. Дослідження понятійно-категоріального апарату виявило еволюцію термінологічної системи від суто медичного розуміння до багатовимірної структури з шістьма тематичними блоками публічного адміністрування, що забезпечує координацію між різними фахівцями на основі принципів державності, системності та індивідуальності. Аналіз результатів нейробіологічних досліджень надав змогу розкрити механізми впливу травматичного стресу на мозкові структури та епігенетичні модифікації. Теорії резильєнтності та посттравматичного росту розширили концептуальні рамки за межі патоцентричної перспективи, акцентуючи на потенціалі до адаптації та особистісного зростання через конструктивну інтеграцію травматичного досвіду. Систематизація міжнародного досвіду продемонструвала еволюцію від фрагментарного медичного лікування до комплексних холістичних програм, що враховують біопсихосоціальну природу воєнних травм через мультидисциплінарні підходи. Порівняльний аналіз національних моделей виявив, що американська та європейські системи характеризуються високою інституційною інтеграцією та технологічними інноваціями, тоді як досвід постконфліктних країн підкреслює важливість культурно чутливих підходів та інтеграції традиційних практик зцілення. Український досвід демонструє формування унікальної моделі в умовах активного збройного протистояння через поєднання державних ініціатив з волонтерськими організаціями, міжнародною технічною допомогою та інтеграцією національних культурних практик з науково обґрунтованими методами реабілітації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

2.1. Методологічні засади та організація емпіричного дослідження психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах війни

Сучасна практика реабілітації осіб, що зазнали впливу воєнного конфлікту, характеризується пошуком науково обґрунтованих підходів до відновлення психофізичного стану постраждалих. Особливої актуальності набуває розробка та емпірична перевірка комплексних програм, що інтегрують психологічні, соціальні та фізичні компоненти реабілітаційного процесу. Методологічна організація такого емпіричного дослідження потребує планування дизайну, обґрунтованого вибору діагностичного інструментарію та чіткого визначення процедур збору і обробки емпіричних даних. Наступний підрозділ присвячений детальному викладу методологічних засад проведеного дослідження, що спрямоване на визначення ефективності авторської програми комплексної реабілітації через порівняльний аналіз її результатів зі стандартними підходами.

Концептуальна побудова дослідження спирається на інтеграцію сучасних досягнень у сфері реабілітаційної психології, травматерапії та фізичної медицини, поєднуючи теоретичні основи парадигми психологічного пізнання з практичними потребами відновлення функціонального стану постраждалих.

Методологічний фундамент формується на основі системного підходу до розуміння людської природи, що враховує взаємозумовленість психічних, соціальних та фізичних аспектів функціонування особистості в умовах посттравматичного відновлення. Теоретична база дослідження включає сучасні концепції адаптації, моделі стресового реагування, принципи нейропластичності та біопсихосоціальну модель здоров'я, що забезпечує комплексний погляд на процеси реабілітації та створює підґрунтя для розробки ефективних інтервенційних стратегій. Методологічні та організаційні засади спираються на

сучасні наукові підходи до психологічного пізнання Туриніної О. Л. (2018)⁷³ та практику емпіричної діагностики особистості Нежинська О., Хілько С. (2023).⁷⁴

Основна мета дослідження полягає у визначенні ефективності авторської програми комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих внаслідок воєнного конфлікту через порівняльний аналіз динаміки змін у показниках психоемоційного стану, рівня соціального функціонування та фізичного відновлення між експериментальною та контрольною групами. Дослідження спрямоване на ідентифікацію специфічних механізмів впливу комплексного підходу на різні аспекти адаптаційного потенціалу особистості, встановлення взаємозв'язків між покращенням у різних сферах функціонування, а також на формування науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційних програм для постраждалих внаслідок воєнних дій. Додатковою метою є визначення критеріїв прогнозування успішності реабілітаційного процесу та виявлення факторів, що можуть впливати на ефективність різних типів втручань у контексті індивідуальних особливостей постраждалих.

Центральна гіпотеза дослідження базується на припущенні, що впровадження комплексної авторської програми психосоціальної та фізичної реабілітації призводить до статистично значущого та клінічно релевантного покращення показників психоемоційного стану, соціального функціонування та фізичного відновлення порівняно зі стандартними реабілітаційними підходами. Аналітичне припущення ґрунтується на теоретичному положенні про синергетичний ефект одночасного впливу на різні сфери функціонування особистості, що забезпечує більш стійкі, комплексні та довготривалі результати відновлення завдяки активізації компенсаторних механізмів та взаємопідсилюючому характеру позитивних змін у різних доменах

⁷³ Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.метод. посіб. Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2018. 206 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi78/0058431.pdf> (дата звернення: 19.04.2025).

⁷⁴ Nezhynska O., Khilko S. Empirical study of psychological features of self-actualization of the personality of mature age. "Scientific notes of the University" KROK". 2023. № 1. С. 213–222. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-69-213-222> (дата звернення: 19.04.2025).

життєдіяльності. Додатковою гіпотезою є припущення про існування прямих кореляційних зв'язків між покращенням психоемоційного стану та підвищенням рівня соціальної адаптації, а також між фізичним відновленням та загальним рівнем життєвої задоволеності, що може свідчити про інтегративну природу адаптаційних процесів та необхідність комплексного підходу до реабілітації.

Завдання дослідження структуровані навколо послідовної реалізації експериментального плану та включають проведення комплексної багаторівневої діагностики початкового стану всіх учасників за показниками психоемоційного благополуччя, соціального функціонування та фізичних можливостей з використанням стандартизованого набору психодіагностичних методик. Наступним завданням є реалізація експериментального втручання через впровадження авторської програми комплексної реабілітації для експериментальної групи та стандартної програми для контрольної групи з дотриманням принципів рандомізації та контролю зовнішніх змінних. Третє завдання передбачає здійснення повторної діагностики після завершення реабілітаційних заходів з метою відстеження динаміки змін та фіксації ефектів втручання. Четверте завдання включає проведення ретельного статистичного аналізу даних з використанням відповідних параметричних та непараметричних методів для встановлення значущості змін та міжгрупових відмінностей. Заключним завданням є комплексна інтерпретація результатів у контексті сучасних теоретичних моделей адаптації та травматичного стресу з формулюванням рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційних програм.

Експериментальний дизайн дослідження побудований за принципом контрольованого квазіексперименту з використанням двох незалежних груп учасників. Обраний план дослідження передбачає застосування схеми "до-після з контрольною групою", що дозволяє забезпечити високий рівень внутрішньої валідності експерименту через контроль основних змінних та мінімізацію впливу зовнішніх факторів на результати дослідження. Така методологічна організація надає можливість провести як внутрішньогруповий аналіз динаміки змін у часі, так і міжгруповий порівняльний аналіз ефективності різних підходів до

реабілітації, що є критично важливим для встановлення специфічних ефектів комплексного втручання. Темпоральна структура експерименту включає дві основні точки вимірювання: базову діагностику перед початком втручання та заключну діагностику після завершення реабілітаційних програм.

Загальна вибірка дослідження склала 40 осіб, які отримали статус постраждалих внаслідок воєнного конфлікту та потребували комплексної реабілітації різного ступеня інтенсивності. Формування вибірки здійснювалося за методом цілеспрямованого стратифікованого відбору через взаємодію зі спеціалізованими державними та недержавними установами реабілітації, медичними центрами та громадськими організаціями, що працюють з постраждалими внаслідок воєнних дій. Структура вибірки відображає реальні демографічні особливості контингенту постраждалих внаслідок воєнного конфлікту в Україні. Значна більшість учасників дослідження становили чоловіки - 34 особи (85%), що відповідає статистичним даним про переважну участь осіб чоловічої статі у бойових діях та їх більшу представленість серед постраждалих внаслідок воєнних дій. Жіноча частина вибірки складала 6 осіб (15%), що включала як жінок-військовослужбовців, так і цивільних осіб, що зазнали впливу воєнного конфлікту. Вікові характеристики учасників варіювалися від 22 до 54 років із середнім віком 38,9 років, що відповідає найбільш активному працездатному віку та періоду найвищої ймовірності участі у військових діях або перебування в зонах конфлікту. Розподіл за віковими групами показав переважання осіб середнього віку: 31-40 років складала 42,5% вибірки, 41-50 років - 30%, 20-30 років - 22,5%, та 51-55 років - 5% від загальної кількості учасників. За освітнім рівнем структура вибірки відображала типовий розподіл серед військовослужбовців та цивільного населення: особи з професійно-технічною освітою становили 47,5%, з вищою освітою - 30%, із загальною середньою освітою - 22,5%. Такий розподіл забезпечував можливість оцінки ефективності реабілітаційних програм для різних освітніх категорій постраждалих. Час, що минув після травматичної події, варіювався від шести місяців до трьох років із середнім терміном 18,6 місяців, що дозволяло охопити

різні стадії посттравматичної адаптації та оцінити ефективність втручань на різних етапах відновлювального процесу. За характером отриманих травм учасники розподілялися майже рівномірно: комбіновані психофізичні порушення спостерігалися у 40% випадків, переважно психологічні наслідки - у 35%, переважно фізичні обмеження - у 25% учасників.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки дослідження психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах воєнного конфлікту

Характеристика	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	Загальна вибірка (n=40)
<i>Статевий розподіл</i>			
Чоловіки	17 (85%)	17 (85%)	34 (85%)
Жінки	3 (15%)	3 (15%)	6 (15%)
<i>Вікові характеристики</i>			
Середній вік (роки)	38,7	39,1	38,9
Віковий діапазон	22-54	23-54	22-54
20-30 років	4 (20%)	5 (25%)	9 (22,5%)
31-40 років	9 (45%)	8 (40%)	17 (42,5%)
41-50 років	6 (30%)	6 (30%)	12 (30%)
51-55 років	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
<i>Освітній рівень</i>			
Вища освіта	6 (30%)	6 (30%)	12 (30%)
Професійно-технічна	9 (45%)	10 (50%)	19 (47,5%)
Загальна середня	5 (25%)	4 (20%)	9 (22,5%)
<i>Професійний статус</i>			
Військовослужбовці (діючі)	8 (40%)	9 (45%)	17 (42,5%)
Демобілізовані військові	9 (45%)	8 (40%)	17 (42,5%)
Цивільні особи	3 (15%)	3 (15%)	6 (15%)
<i>Військове звання/досвід</i>			
Офіцерський склад	4 (20%)	5 (25%)	9 (22,5%)
Сержантський склад	7 (35%)	6 (30%)	13 (32,5%)
Рядовий склад	6 (30%)	6 (30%)	12 (30%)
Цивільні особи	3 (15%)	3 (15%)	6 (15%)
<i>Участь у бойових діях</i>			
Активні бойові дії (більше 12 міс.)	11 (55%)	12 (60%)	23 (57,5%)
Короткотермінова участь (до 12 міс.)	6 (30%)	5 (25%)	11 (27,5%)
Цивільні постраждалі	3 (15%)	3 (15%)	6 (15%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

База проведення емпіричного дослідження – Комунальне підприємство "Острозька обласна психіатрична лікарня" Рівненської обласної ради

Етапи проведення експерименту були структуровані з урахуванням необхідності забезпечення валідності та надійності отриманих результатів. Підготовчий етап включав розробку детальних протоколів дослідження,

підготовку діагностичного матеріалу, навчання персоналу та отримання необхідних етичних дозволів від відповідних інституційних комітетів з етики. Етап первинної діагностики тривав два тижні та передбачав комплексне обстеження всіх учасників за стандартизованою процедурою з використанням повного набору психодіагностичних методик. Основний експериментальний етап тривав вісім тижнів та включав реалізацію відповідних реабілітаційних програм для кожної групи з постійним моніторингом участі та дотримання протоколів. Етап заключної діагностики здійснювався протягом тижня після завершення основних реабілітаційних заходів та передбачав повторне проведення всього комплексу діагностичних процедур за ідентичною схемою з первинним обстеженням. Методологічна основа діагностичного інструментарію спирається на комплексний багаторівневий підхід до оцінки різних аспектів психосоціального та фізичного функціонування особистості з використанням валідизованих та стандартизованих методик, що мають підтверджену ефективність у роботі з постраждалими внаслідок травматичних подій.

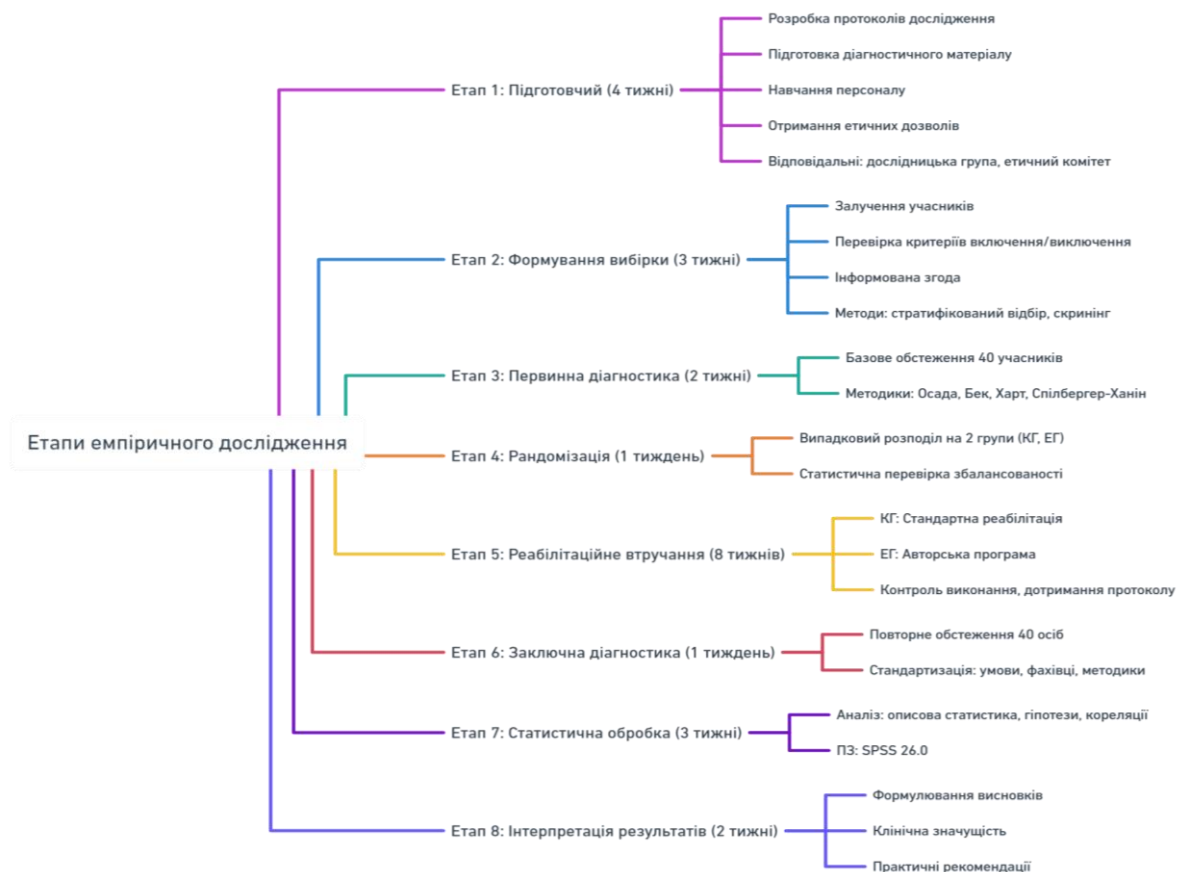


Рис. 2.1. Схема етапів емпіричного дослідження психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах воєнного конфлікту

Вибір конкретних діагностичних інструментів здійснювався з урахуванням їх психометричних характеристик, відповідності меті дослідження, можливості відстеження динаміки змін та практичності застосування у групових обстеженнях. Діагностичний комплекс включав методики, що забезпечували всебічне охоплення ключових аспектів функціонального стану постраждалих.

Для діагностики рівня соціально-психологічної адаптації застосовувався опитувальник "Осада" (С.І. Яковенко), що являє собою комплексний психодіагностичний інструмент, спрямований на первинну багатовимірну оцінку загального рівня психологічної адаптації індивіда в контексті соціально-психологічного функціонування після травматичних подій. Методика базується на принципах самооцінного підходу до аналізу п'яти ключових сфер життєдіяльності, що є критично важливими для стабільності психічного стану, емоційного благополуччя та успішної соціальної інтеграції особистості у поствоєнний період. Концептуальною основою інструменту є інтегративна модель адаптації, що розглядає адаптаційний процес як динамічну взаємодію внутрішніх ресурсів особистості з зовнішніми вимогами середовища, результатом якої є досягнення оптимального рівня функціонування у різних життєвих доменах.⁷⁵ Структурно опитувальник включає 30 тематичних блоків тверджень, кожен з яких містить чотири альтернативні варіанти відповідей, що ранжуються за рівнем емоційної та поведінкової дезорганізації від мінімального до максимального ступеня проблематичності. Відповіді кодуються за градуйованою шкалою від 0 до 3 балів відповідно до наростання інтенсивності дезадаптивних проявів, що дозволяє отримати кількісні показники за кожною з діагностичних шкал та загальний інтегральний індекс адаптаційного стану. Методика побудована за принципом факторного групування, де кожна з п'яти

⁷⁵ Melnyk O., Lukomska S. Age specificities of the combatants adaptation to civil life conditions. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2019. No. 2. P. 71–77. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-2-10> (date of access: 19.04.2025).

основних шкал агрегує по шість спеціально відібраних пунктів, що забезпечує можливість проведення як диференційованої оцінки окремих аспектів адаптації, так і інтегрального аналізу загального адаптаційного профілю особистості.

Перша діагностична шкала призначена для оцінки рівня задоволеності собою та власним психічним станом, фокусуючись на процесах емоційної саморегуляції, самоприйняття та адекватності самооцінки як базових компонентів психологічного благополуччя. Ця шкала включає пункти 1, 6, 11, 16, 21, 26 та охоплює твердження, що стосуються суб'єктивного відчуття внутрішньої гармонії, здатності до самоконтролю у стресових ситуаціях, рівня самоповаги та загального ставлення до власної особистості. Друга шкала спрямована на діагностику ставлення до актуальної життєвої ситуації та динаміки її сприйняття, включаючи оцінку життєвих перспектив, рівень оптимізму щодо майбутнього та загальну життєву задоволеність як індикатори адаптивності когнітивних установок. Ця шкала представлена пунктами 2, 7, 12, 17, 22, 27 опитувальника. Третя шкала охоплює міжособистісну сферу функціонування, визначаючи характер та якість взаємодії з соціальним оточенням через пункти 3, 8, 13, 18, 23, 28, включаючи рівень довіри до інших людей, відчуття соціальної підтримки, здатність до встановлення та підтримання близьких стосунків та загальне відчуття соціальної включеності і приналежності. Четверта шкала концентрується на функціональному соматичному стані респондента, діагностуючи суб'єктивне сприйняття фізичного самопочуття, енергетичного потенціалу, якості сну, апетиту, загальної працездатності та соматичних проявів психоемоційного напруження через пункти 4, 9, 14, 19, 24, 29. П'ята шкала призначена для узагальненої оцінки суб'єктивної життєвої активності через пункти 5, 10, 15, 20, 25, 30, включаючи широту інтересів, рівень мотивації до діяльності, настанову на особистісний розвиток та сенс життя як інтегральних показників адаптивної життєвої позиції.

Кількісна інтерпретація результатів за кожною шкалою дозволяє встановити точний діапазон психоемоційного стану в континуумі від адаптивної норми до критичного рівня дезадаптації з можливістю прогнозування

ймовірного розвитку ситуації. Градація результатів передбачає шість основних рівнів: від 0-3 балів, що може свідчити про недостовірність результату внаслідок захисного заперечення проблем або соціально бажаних відповідей, до 16-18 балів, що вказує на стан гострої життєвої кризи з потенційною суїцидальною загрозою, що потребує невідкладного кваліфікованого психіатричного втручання. Проміжні рівні включають стан успішної адаптації (4-6 балів), напруження в межах норми (7-9 балів), субекстремальний рівень напруження (10-12 балів) та ознаки значного дистресу (13-15 балів), що дозволяє диференційовано підходити до планування реабілітаційних заходів відповідно до актуального стану особи.

Другою методикою діагностичного комплексу є шкала депресії А.Т. Бека, що базується на когнітивній моделі депресії і являє собою широко використовуваний та валідизований психодіагностичний інструмент для виявлення наявності та оцінки ступеня важкості депресивних розладів у клінічній та дослідницькій практиці. Інструмент має універсальне застосування для скринінгу, моніторингу динаміки психотерапевтичного процесу, оцінювання ефективності лікувальних втручань та диференційної діагностики афективних порушень у різних популяціях, включаючи постраждалих внаслідок травматичних подій. Основною метою методики є не лише виявлення самого факту наявності депресивного стану, але й точна диференціація його інтенсивності за клінічно обґрунтованими та емпірично верифікованими критеріями.⁷⁶ Структурно опитувальник складається з 21 тематичного пункту, кожен з яких представляє одну з ключових когнітивних, афективних або соматичних ознак депресивного спектру, що були ідентифіковані як найбільш релевантні та діагностично значущі на основі клінічних досліджень. Кожен діагностичний пункт містить чотири варіанти відповідей, які градуйовано відображають рівень вираженості конкретного симптому в континуумі від

⁷⁶ Molotokas A. A., Didenko S. V. Influence of psychotraumatic situations on the occurrence of depressive states. *Habitus*. 2022. No. 44. P. 214–218. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.36> (date of access: 19.04.2025).

повної відсутності прояву до максимальної інтенсивності, що забезпечує тонку диференціацію депресивної симптоматики та можливість відстеження навіть незначних змін у динаміці стану. Інструкція передбачає, що респондент самостійно та ретроспективно обирає твердження, які найбільш точно відображають його емоційний, когнітивний та соматичний стан протягом останнього часу. Процедура кількісного оцінювання передбачає систему нарахування балів за прогресивною шкалою: 0 балів присвоюється за відповідь "а", що вказує на відсутність симптому, 1 бал за відповідь "б" (мінімальний прояв), 3 бали за відповідь "в" (помірна вираженість) та 4 бали за відповідь "г" (максимальна інтенсивність симптому). У випадках множинного вибору в межах одного пункту бали підсумовуються. Загальна сума набраних балів становить інтегральний індикатор рівня депресивної симптоматики. Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до встановлених порогових значень: 0-4 бали свідчать про відсутність депресії, 5-7 б. вказують на легкий ступінь депресії, 8-15 балів відповідають середньому ступеню депресивного розладу, 16 і більше балів свідчать про високий рівень депресії, що потребує активного втручання.

Третьою діагностичною методикою є коротка шкала тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (Б. Харт), адаптована І.О. Котеньовим, що являє собою економічний та ефективний діагностичний інструмент, спеціально розроблений для оперативного виявлення ризиків психоемоційних порушень у осіб, що зазнали впливу психотравмуючих подій різного характеру та інтенсивності. Основним призначенням інструменту є проведення первинної діагностики гострих емоційних станів, зокрема комбінованих проявів тривоги, депресії та симптомів ПТСР у умовах, коли необхідно швидко та ефективно ідентифікувати осіб з потенційними порушеннями психічного здоров'я для направлення на подальше поглиблене обстеження або надання психологічної допомоги.⁷⁷ Структурно скринінгова шкала містить 10 ретельно відібраних

⁷⁷ Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. / О. Кокун та ін. ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685/1/Діагност%20психол%20змін%20в%20умовах%20війни.pdf> (дата звернення: 19.04.2025).

діагностичних запитань, які охоплюють найбільш типовий та клінічно значущий спектр афективних і когнітивно-поведінкових симптомів, що закономірно виникають у постраждалих після травматичних подій. Питання сформульовані таким чином, щоб охопити основні кластери посттравматичного реагування: нездатність розслабитися та постійну напруженість, роздратування та поганий настрій, вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент, неуважність та погану зосередженість уваги, сильний смуток та печаль, сильну втому і нестачу енергії, потрясіння або паніку, прагнення уникати всього, що нагадує про травмуючу подію, труднощі із засинанням та погіршення сну, зниження інтересу до життя та звичної діяльності.

Кожне діагностичне питання передбачає дихотомічну систему відповідей у форматі "так" або "ні", що значно спрощує процедуру обстеження, зменшує час проведення діагностики та знижує ризик соціально бажаних відповідей. Процедура кількісної обробки результатів полягає у простому підрахунку кількості позитивних відповідей, що дозволяє отримати загальний показник ризику психоемоційних порушень у діапазоні від 0 до 10 балів. Пороговим рівнем, що свідчить про наявність клінічно значущих симптомів та високу ймовірність психоемоційної дестабілізації, є отримання 4 або більше позитивних відповідей, що вказує на необхідність проведення більш детальної діагностики та формування індивідуального плану психологічної допомоги.

Четвертою методикою діагностичного комплексу є шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна, що представляє собою класичний та широко валідизований психодіагностичний інструмент, призначений для розмежування та кількісної оцінки двох фундаментально різних форм тривожного реагування. Реактивна або ситуативна тривожність відображує транзиторний емоційний стан, який виникає як безпосередня реакція на конкретні зовнішні загрози або стресові ситуації і характеризується тимчасовим підвищенням рівня напруження та мобілізації психологічних ресурсів. Особистісна тривожність являє собою стабільну індивідуально-психологічну характеристику, що відображає конституційну

схильність особистості до тривожного реагування на широкий спектр ситуацій та проявляється у постійній готовності до переживання тривоги як базової емоційної модальності. Структурно методика складається з двох незалежних діагностичних частин, кожна з яких містить по 20 ретельно сформульованих тверджень, що описують різні аспекти тривожного досвіду. Перша частина (пункти 1-20) призначена для оцінки реактивної тривожності та включає твердження, що відображають актуальний емоційний стан респондента у момент обстеження, фокусуючись на поточних переживаннях напруження, занепокоєння, дискомфорту та соматичних проявах тривоги. Друга частина (пункти 21-40) спрямована на діагностику особистісної тривожності і містить твердження, що характеризують типові для респондента способи емоційного реагування, загальну схильність до переживання тривоги та стабільні поведінкові патерни у потенційно загрозливих ситуаціях.⁷⁸

Респонденти оцінюють ступінь відповідності кожного твердження їхньому актуальному стану або типовим реакціям за чотирибальною шкалою, що включає градації "ні, це не так", "мабуть, так", "вірно" та "цілком вірно". Процедура обчислення результатів передбачає використання спеціальних формул, що враховують як прямі, так і зворотні пункти шкали. Для реактивної тривожності формула має вигляд: $PT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$, де $\Sigma 1$ - сума значень у пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, а $\Sigma 2$ - сума значень у пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Для особистісної тривожності: $OT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, де $\Sigma 1$ - сума відповідей у пунктах 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40, а $\Sigma 2$ - сума за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. Використання різних констант зумовлено особливостями стандартизації методики та забезпечує оптимальний розподіл результатів навколо середніх значень. Інтерпретація отриманих показників здійснюється відповідно до встановлених нормативних діапазонів: результати менше 30 балів свідчать про низький рівень тривожності, що може вказувати на

⁷⁸ Petrushchak O. M., Krynytska I. Y. АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРУ СЕРЦЯ. *Медсестринство*. 2018. Т. 2. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/download/9155/8360> (дата звернення: 19.04.2025).

емоційну стабільність та адекватний рівень самоконтролю; показники у діапазоні 31-45 балів відповідають помірному рівню тривожності, який вважається адаптивним та сприяє ефективному подоланню стресових ситуацій; результати понад 45 балів вказують на високий рівень тривожності, що може призводити до дезадаптивних наслідків, включаючи порушення концентрації уваги, прийняття рішень та загального функціонування. Особливе значення має поєднання показників як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про формування стійкої тривожної установки та підвищений ризик розвитку тривожних розладів.

Логіка збору емпіричних даних була структурована навколо принципів стандартизації діагностичних процедур, забезпечення максимальної валідності результатів та мінімізації впливу зовнішніх факторів на якість отриманої інформації. Всі діагностичні сесії проводилися у спеціально обладнаних приміщеннях з оптимальними умовами освітлення, температури та акустичного комфорту, що забезпечувало сприятливе середовище для зосередженої роботи респондентів з діагностичним матеріалом. Процедури здійснювалися виключно кваліфікованими фахівцями з відповідною підготовкою у сфері психодіагностики та досвідом роботи з травмованими контингентами, що гарантувало професійний рівень проведення обстежень та адекватне реагування на можливі емоційні реакції учасників. Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів психологічного дослідження, включаючи забезпечення повної інформованості учасників про мету, процедури та можливі ризики дослідження, отримання письмової згоди на участь, гарантування конфіденційності та анонімності персональних даних, а також забезпечення права на відмову від участі або припинення участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Усі учасники були детально проінформовані про структуру дослідження, тривалість різних етапів, характер діагностичних процедур та реабілітаційних заходів, а також про можливості отримання додаткової психологічної допомоги у разі необхідності.

Первинна діагностика проводилася протягом двох тижнів до початку реабілітаційних програм у форматі індивідуальних сесій тривалістю 90-120 хвилин, що дозволяло забезпечити комфортний темп роботи для кожного учасника та можливість додаткового роз'яснення незрозумілих моментів. Послідовність застосування діагностичних методик була стандартизована для всіх учасників з метою мінімізації ефектів втоми або навчання, що могли б вплинути на валідність результатів. Діагностичний комплекс застосовувався у фіксованій послідовності: спочатку опитувальник "Осада" для загальної оцінки адаптаційного стану, далі шкала депресії Бека для виявлення депресивних проявів, потім коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР для скринінгу комплексних порушень, і завершувала обстеження методика Спілбергера-Ханіна для диференційної оцінки тривожності. Між окремими методиками передбачалися короткі перерви для запобігання психічного виснаження та підтримання оптимального рівня мотивації до співпраці.

Процедура рандомізованого розподілу учасників по групах здійснювалася після завершення первинної діагностики з використанням методу простої рандомізації за допомогою генератора випадкових чисел, що забезпечувала рівні шанси потрапляння до кожної з груп та мінімізувала систематичні відмінності між групами за основними характеристиками. Після розподілу проводилася перевірка збалансованості груп за ключовими демографічними та клінічними показниками для підтвердження адекватності рандомізації та валідності подальших порівняльних аналізів. Реалізація реабілітаційних програм здійснювалася протягом восьми тижнів з суворим дотриманням розроблених протоколів та постійним моніторингом участі. Контрольна група отримувала стандартну реабілітаційну допомогу, що включала індивідуальні психологічні консультації двічі на тиждень тривалістю 50 хвилин, групові сесії з розвитку копінг-стратегій раз на тиждень тривалістю 90 хвилин, базові фізичні вправи та загальні заходи соціальної підтримки відповідно до чинних стандартів. Експериментальна група проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, що передбачала інтегровані заняття

тривалістю 120 хвилин тричі на тиждень, які поєднували елементи когнітивно-поведінкової терапії, групової психотерапії, тренінги соціальних навичок, адаптивну фізичну культуру та ерготерапію в єдиному структурованому форматі з акцентом на синергетичному ефекті різних компонентів.

Заключна діагностика проводилася протягом тижня після завершення основних реабілітаційних заходів за ідентичною схемою з первинним обстеженням, використовуючи той самий комплекс методик у тій самій послідовності та в аналогічних умовах. Така стандартизація забезпечувала можливість коректного порівняння результатів та оцінки динаміки змін у досліджуваних параметрах. Всі діагностичні процедури проводилися тими самими фахівцями, що здійснювали первинну діагностику, що мінімізувало вплив фактору дослідника на результати обстеження. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм SPSS версії 26.0, що включав широкий спектр аналітичних процедур для всебічного дослідження структури даних та перевірки висунутих гіпотез. Початковий етап аналізу передбачав обчислення основних показників описової статистики, включаючи міри центральної тенденції (середнє арифметичне, медіана), варіабельності (стандартне відхилення, міжквартильний розмах) та форми розподілу (асиметрія, ексцес) для всіх досліджуваних змінних у кожній групі на кожному етапі дослідження, що дозволило охарактеризувати загальну структуру вибірки та ідентифікувати можливі викиди або аномальні значення.

Перевірка нормальності розподілу здійснювалася за допомогою критеріїв Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка, доповнених візуальним аналізом гістограм розподілу та квантиль-квантильних графіків, що дозволило обґрунтовано обрати відповідні параметричні або непараметричні методи для подальшого аналізу. Для змінних з нормальним розподілом застосовувалися параметричні критерії, включаючи t-критерій Стюдента для порівняння середніх значень та дисперсійний аналіз, тоді як для змінних з відхиленнями від нормальності використовувалися відповідні непараметричні аналоги, зокрема

критерій Манна-Уїтні та критерій Вілкоксона, що забезпечувало надійність статистичних висновків незалежно від особливостей розподілу даних.

Аналіз міжгрупових відмінностей на етапі первинної діагностики проводився для перевірки збалансованості груп за початковими показниками з використанням t-критерію Стюдента для незалежних вибірок або критерію Манна-Уїтні залежно від типу розподілу даних. Оцінка динаміки змін всередині кожної групи здійснювалася за допомогою t-критерію для залежних вибірок або критерію Вілкоксона для порівняння показників до та після втручання. Порівняння ефективності різних типів втручань проводилося через аналіз різниць між показниками до та після реабілітації з використанням t-критерію для незалежних вибірок або критерію Манна-Уїтні. Розмір ефекту обчислювався за допомогою коефіцієнта d Коена для параметричних даних та коефіцієнта r для непараметричних порівнянь, що забезпечувало оцінку не лише статистичної, але й практичної значущості виявлених відмінностей. Інтерпретація розміру ефекту здійснювалася відповідно до загальноприйнятих критеріїв: малий ефект ($d = 0.2$, $r = 0.1$), середній ефект ($d = 0.5$, $r = 0.3$) та великий ефект ($d = 0.8$, $r = 0.5$), що дозволяло оцінити клінічну релевантність статистично значущих результатів.

Кореляційний аналіз здійснювався з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона для параметричних даних та рангового коефіцієнта Спірмена для непараметричних змінних, що дозволило встановити структуру взаємозв'язків між різними аспектами функціонування, ідентифікувати ключові предиктори успішності реабілітації та виявити можливі медіаторні механізми терапевтичних змін. Множинний регресійний аналіз застосовувався для побудови прогностичних моделей та визначення відносного внеску різних факторів у загальну ефективність реабілітаційного процесу, включаючи демографічні характеристики, початкові клінічні показники та тип отриманого втручання.

Факторний аналіз методом головних компонент з варімакс-обертанням використовувався для виявлення латентних структур, що визначають ефективність реабілітаційних втручань, та ідентифікації основних синдромів відновлення або патернів реагування на терапевтичні заходи. Кластерний аналіз

дозволив виділити типологічні групи учасників з подібними профілями змін у результаті реабілітації, що створило основу для розробки індивідуалізованих підходів до планування терапевтичних програм та ідентифікації факторів, що сприяють або перешкоджають успішному відновленню. Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $\alpha = 0.05$ для всіх статистичних тестів, що відповідає загальноприйнятим стандартам психологічних досліджень. Для множинних порівнянь застосовувалася корекція Бонферроні з метою контролю помилки першого роду та підвищення надійності статистичних висновків. Усі статистичні аналізи проводилися за принципом "intention-to-treat", що передбачає включення всіх рандомізованих учасників до аналізу незалежно від ступеня їх участі у реабілітаційних програмах, що забезпечує консервативну оцінку ефективності втручань та підвищує зовнішню валідність результатів. Аналіз результатів дослідження в контексті адаптаційної ефективності базується на комплексному підході до інтерпретації отриманих даних з урахуванням як кількісних показників статистичної значущості, так і якісних аспектів клінічної релевантності виявлених змін. Особлива увага приділяється виявленню специфічних паттернів відновлення, що характеризують унікальні аспекти впливу комплексного підходу на різні домени функціонування особистості, включаючи можливі синергетичні ефекти взаємодії психологічних, соціальних та фізичних компонентів реабілітації. Інтерпретація результатів здійснюється у контексті сучасних теоретичних моделей травматичного стресу, посттравматичного зростання та резилієнтності, що дозволяє не лише констатувати факт покращення певних показників, але й зрозуміти механізми, що лежать в основі терапевтичних змін. Особливий акцент робиться на аналізі індивідуальних траєкторій відновлення та ідентифікації факторів, що сприяють або перешкоджають успішній реабілітації, включаючи початкові характеристики учасників, тип та інтенсивність травматичного досвіду, наявність ресурсів соціальної підтримки та індивідуальні особливості реагування на терапевтичні втручання. Результати аналізу використовуються для формування персоналізованих терапевтичних стратегій та оптимізації існуючих

реабілітаційних програм з метою максимального задоволення потреб різних категорій постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Особлива увага приділяється виявленню критичних періодів відновлення, ідентифікації ранніх предикторів успішності реабілітації та розробці алгоритмів прийняття рішень щодо оптимального планування терапевтичних заходів для різних категорій постраждалих, що створює підґрунтя для подальшого вдосконалення системи реабілітаційної допомоги та підвищення її ефективності.

2.2. Інтерпретація результатів та загальний аналіз ефективності реабілітаційних програм

Аналіз результатів первинної діагностики за опитувальником "Осада" виявив характерний для постраждалих внаслідок воєнного конфлікту профіль адаптаційних порушень з переважанням проблем у сфері емоційної саморегуляції та міжособистісних стосунків. Загальна картина адаптаційного стану учасників дослідження свідчила про наявність значних труднощів у процесах соціально-психологічної інтеграції, що підтверджувало актуальність проведення спеціалізованих реабілітаційних заходів для даної категорії постраждалих. У контрольній групі середній загальний бал за методикою становив 42,8 бала, що відповідає підвищеному рівню дезадаптації і вказує на наявність клінічно значущих порушень адаптаційного потенціалу. Експериментальна група демонструвала подібний профіль адаптаційних порушень із середнім загальним балом 43,6 бала, що статистично не відрізнялося від показників контрольної групи ($p = 0,821$).

Таблиця 2.2.

Результати первинної діагностики за опитувальником "Осада" (середні показники за шкалами)

Шкала	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Шкала 1: Задоволеність собою та психічним станом	9,3	9,7	-0,387
Шкала 2: Ставлення до життєвої ситуації	8,1	8,4	-0,312
Шкала 3: Міжособистісні взаємини	10,2	10,8	-0,538
Шкала 4: Функціональний стан	7,4	7,1	0,348
Шкала 5: Загальна життєва активність	7,8	7,6	0,223
Загальний бал	42,8	43,6	-0,209

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Така схожість початкових показників підтверджувала адекватність рандомізації та створювала валідну основу для подальшого порівняльного аналізу ефективності різних підходів до реабілітації. Детальний аналіз окремих

шкал методики, представлений у таблиці 2.2, виявив специфічні особливості адаптаційних порушень у досліджуваних групах. Найвищі показники дезадаптації на етапі первинної діагностики спостерігалися за шкалою міжособистісних взаємин, де середні значення в контрольній та експериментальній групах становили відповідно 10,2 та 10,8 бала, що відповідає субекстремальному рівню напруження. Це свідчить про значні труднощі учасників у встановленні та підтримці соціальних контактів, зниження довіри до оточуючих та відчуття соціальної ізоляції, що є типовими наслідками травматичного досвіду воєнного конфлікту. Шкала задоволеності собою та власним психічним станом також демонструвала підвищені показники дезадаптації з середніми значеннями 9,3 бала в контрольній групі та 9,7 бала в експериментальній групі, що вказує на порушення процесів емоційної саморегуляції, зниження самооцінки та загальне незадоволення власним психічним станом. Шкала ставлення до життєвої ситуації показала дещо нижчі, але все ще клінічно значущі рівні порушень з середніми балами 8,1 та 8,4 відповідно, що відображає песимістичні установки щодо майбутнього та зниження життєвих перспектив. Найнижчі показники дезадаптації спостерігалися за шкалами функціонального стану та загальної життєвої активності, де середні значення коливалися в межах 7,1-7,8 балів, що відповідає верхній межі напруження в межах норми. Це може свідчити про збереження базових фізіологічних функцій та частковий інтерес до життєвої діяльності навіть в умовах значних психоемоційних порушень, що створює сприятливі передумови для реабілітаційної роботи. Аналіз розподілу за рівнями адаптації, представлений у таблиці 2.3, показав, що жоден з учасників контрольної групи не демонстрував повністю адаптивного стану.

Таблиця 2.3.

Розподіл учасників за рівнями адаптації (первинна діагностика)

Рівень адаптації	Бали	Контрольна група	Експериментальна група	Загалом
Недостовірний результат	0-3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Успішна адаптація	4-6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Напруження в межах норми	7-9	3 (15%)	2 (10%)	5 (12,5%)
Субекстремальний рівень	10-12	9 (45%)	10 (50%)	19 (47,5%)

Значний дистрес	13-15	7 (35%)	7 (35%)	14 (35%)
Критичний рівень	16-18	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Напруження в межах норми спостерігалось лише у 15% учасників контрольної групи (3 особи), субекстремальний рівень напруження виявлено у 45% (9 осіб), значний дистрес діагностовано у 35% учасників (7 осіб), та критичний рівень дезадаптації зафіксовано у 5% випадків (1 особа). Розподіл за рівнями адаптації в експериментальній групі виявив напруження в межах норми у 10% учасників (2 особи), субекстремальний рівень у 50% (10 осіб), значний дистрес у 35% (7 осіб) та критичний рівень дезадаптації у 5% випадків (1 особа). Результати заключної діагностики після завершення восьмижневого курсу реабілітації виявили кардинально різну динаміку змін у досліджуваних групах. Контрольна група, що отримувала стандартну реабілітаційну допомогу, демонструвала мінімальні позитивні зміни з загальним зниженням балів лише на 1,9 бала, що не досягало рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Таблиця 2.4.

Результати заключної діагностики за опитувальником "Осада" (середні показники за шкалами)

Шкала	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Шкала 1: Задоволеність собою та психічним станом	8,9	6,2	2,897
Шкала 2: Ставлення до життєвої ситуації	7,8	5,9	2,261
Шкала 3: Міжособистісні взаємини	9,7	6,8	2,863
Шкала 4: Функціональний стан	7,1	5,4	2,154
Шкала 5: Загальна життєва активність	7,5	5,1	3,019
Загальний бал	40,9	29,4	3,356

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

За окремими шкалами покращення в контрольній групі було ще менш виразним, коливаючись від 0,3 до 0,5 бала, що знаходиться в межах похибки вимірювання та не може розглядатися як клінічно релевантне покращення.

Таблиця 2.5.

Динаміка змін показників у групах (різниця між заключною та первинною діагностикою)

Шкала	Контрольна група	Експериментальна група	Розмір ефекту (d Коена)
Шкала 1: Задоволеність собою	-0,4	-3,5**	1,35 (великий)
Шкала 2: Ставлення до життєвої ситуації	-0,3	-2,5**	1,08 (великий)
Шкала 3: Міжособистісні взаємини	-0,5	-4,0**	1,38 (великий)
Шкала 4: Функціональний стан	-0,3	-1,7*	0,75 (середній)
Шкала 5: Загальна життєва активність	-0,3	-2,5**	1,17 (великий)
Загальний бал	-1,9	-14,2**	1,73 (великий)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Натомість експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за всіма шкалами методики, як показано в таблиці 2.4. Загальний бал знизився на 14,2 бала ($p = 0,002$), що відповідає переходу від субекстремального рівня напруження до напруження в межах норми. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися за шкалою міжособистісних взаємин, де зниження становило 4,0 бала ($p = 0,007$), та за шкалою задоволеності собою, де покращення склало 3,5 бала ($p = 0,006$). Розрахунок розміру ефекту за критерієм d Коена підтвердив клінічну значущість отриманих результатів. Для загального балу розмір ефекту становив 1,73, що класифікується як дуже великий ефект та свідчить про практично значуще покращення адаптаційного стану учасників експериментальної групи. За окремими шкалами розмір ефекту коливався від 0,75 (середній ефект) для функціонального стану до 1,38 (дуже великий ефект) для міжособистісних взаємин, що вказує на комплексний характер позитивних змін та ефективність авторської програми реабілітації у всіх досліджуваних сферах адаптації.

Таблиця 2.6.

Результати первинної діагностики за шкалою депресії А.Т. Бека

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Загальний бал депресії	18,4	19,1	-0,412

Розподіл за ступенем важкості депресії (первинна діагностика):

Ступінь депресії	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група	Загалом
Відсутність депресії	0-4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Легкий ступінь	5-7	3 (15%)	2 (10%)	5 (12,5%)
Середній ступінь	8-15	12 (60%)	13 (65%)	25 (62,5%)
Високий рівень	16+	5 (25%)	5 (25%)	10 (25%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Аналіз результатів первинної діагностики за шкалою депресії А.Т. Бека виявив значний рівень депресивної симптоматики у більшості учасників дослідження, що підтверджувало необхідність комплексного психологічного втручання для даної категорії постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Депресивні прояви виявилися одним з найбільш поширених психоемоційних порушень, що суттєво впливали на загальний рівень функціонування та якість життя досліджуваних осіб. У контрольній групі середній показник депресії за шкалою Бека становив 18,4 бала на етапі первинної діагностики, що відповідає середньому ступеню депресивного розладу та вказує на клінічно значущі порушення афективної сфери. Експериментальна група демонструвала подібний рівень депресивної симптоматики з середнім показником 19,1 бала, що статистично не відрізнялося від контрольної групи ($p = 0,687$). Така еквівалентність початкових показників забезпечувала валідність подальшого порівняльного аналізу ефективності різних реабілітаційних підходів. Детальний аналіз розподілу учасників за ступенем важкості депресивних порушень, представлений у таблиці 2.6, показав переважання середнього та високого рівнів депресії серед досліджуваних. У контрольній групі відсутність депресії не спостерігалася в жодному випадку, легкий ступінь депресії виявлено лише у 15% учасників (3 особи), середній ступінь діагностовано у 60% (12 осіб), а високий рівень депресивного розладу зафіксовано у 25% учасників (5 осіб). Розподіл в експериментальній групі був аналогічним: відсутність депресії у 0% випадків, легкий ступінь у 10% учасників (2 особи), середній ступінь у 65% (13 осіб) та високий рівень у 25% випадків (5 осіб). Такий розподіл свідчив про переважання клінічно значущих форм депресивних розладів серед учасників дослідження, що є типовим для осіб, що зазнали травматичного впливу воєнного конфлікту.

Особливо тривожним виявився факт, що четверта частина всіх учасників демонструвала високий рівень депресії, що потребує активного психотерапевтичного втручання та постійного моніторингу психічного стану з огляду на можливі суїцидальні ризики. Аналіз якісних характеристик депресивної симптоматики виявив переважання когнітивних та афективних

компонентів над соматичними проявами. Найбільш поширеними симптомами були песимістичні думки про майбутнє, відчуття власної неспроможності, зниження самооцінки, втрата інтересу до діяльності та емоційна притупленість. Соматичні прояви депресії, такі як порушення сну та апетиту, хоча і присутні, були менш вираженими порівняно з психологічними аспектами депресивного стану. Результати заключної діагностики після завершення восьми тижневого реабілітаційного періоду продемонстрували кардинально різну динаміку змін між досліджуваними групами. Контрольна група, що отримувала стандартну психологічну допомогу, показала лише незначне покращення з зниженням середнього балу депресії з 18,4 до 16,8 бала, що становило зменшення на 1,6 бала і не досягало рівня статистичної значущості ($p = 0,234$). Таке мінімальне покращення залишало більшість учасників контрольної групи в межах середнього ступеню депресії без суттєвого поліпшення якості життя. Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за показниками депресивної симптоматики, як показано в таблиці 2.7. Середній бал депресії знизився з 19,1 до 9,3 бала, що становило зменшення на 9,8 бала і досягало високого рівня статистичної значущості ($p < 0,001$). Таке драматичне покращення відповідало переходу від середнього ступеню депресії до легкого ступеню або навіть повної відсутності депресивних проявів у значної частини учасників.

Таблиця 2.7.

Результати заключної діагностики за шкалою депресії А.Т. Бека

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Загальний бал депресії	16,8	9,3	4,872

Розподіл за ступенем важкості депресії (заклучна діагностика):

Ступінь депресії	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група	Загалом
Відсутність депресії	0-4	0 (0%)	6 (30%)	6 (15%)
Легкий ступінь	5-7	4 (20%)	9 (45%)	13 (32,5%)
Середній ступінь	8-15	11 (55%)	5 (25%)	16 (40%)
Високий рівень	16+	5 (25%)	0 (0%)	5 (12,5%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Особливо вражаючими виявилися зміни в розподілі учасників експериментальної групи за ступенем важкості депресії після завершення реабілітації. Повна відсутність депресивних симптомів була досягнута у 30% учасників (6 осіб), що свідчило про ефективність комплексного підходу у подоланні депресивного стану. Легкий ступінь депресії спостерігався у 45% учасників (9 осіб), середній ступінь залишився лише у 25% (5 осіб), а високий рівень депресії був повністю елімінований у всіх учасників експериментальної групи. Розрахунок динаміки змін та розміру ефекту, представлений у таблиці 2.8, підтвердив виняткову ефективність авторської програми реабілітації у лікуванні депресивних розладів. Розмір ефекту за критерієм d Коена становив 2,14, що класифікується як дуже великий ефект та свідчить про практично значуще покращення депресивного стану учасників експериментальної групи. Такий розмір ефекту є рідкісним у психологічних дослідженнях та вказує на виняткову ефективність застосованого комплексного підходу. Аналіз механізмів покращення в експериментальній групі виявив, що найбільш виражені позитивні зміни відбулися у когнітивній сфері, зокрема в корекції дисфункціональних думок, підвищенні самооцінки та формуванні більш оптимістичних установок щодо майбутнього. Значного покращення зазнали також афективні компоненти депресії, включаючи відновлення емоційної реактивності, підвищення настрою та повернення здатності до переживання позитивних емоцій. Соматичні прояви депресії, такі як порушення сну та апетиту, також демонстрували суттєве покращення, що свідчило про комплексний характер терапевтичних змін.

Таблиця 2.8.

Динаміка змін показників депресії (різниця між заключною та первинною діагностикою)

Показник	Контрольна група	Експериментальна група	Розмір ефекту (d Коена)
Зміна балу депресії	-1,6	-9,8**	2,14 (дуже великий)
Відсоток покращення	8,7%	51,3%	-

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Особливу увагу заслуговує факт повної елімінації високого рівня депресії в експериментальній групі, що має критичне значення з точки зору зниження суїцидальних ризиків та покращення загального прогнозу психічного здоров'я учасників. Контрольна група, навпаки, зберігала 25% учасників з високим рівнем депресії, що вказує на недостатність стандартних підходів для роботи з важкими формами депресивних розладів у постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Відсоткове покращення в експериментальній групі становило 51,3% від початкового рівня депресії, тоді як у контрольній групі покращення складало лише 8,7%. Така драматична різниця підтверджує гіпотезу про синергетичний ефект комплексного підходу, який поєднує психотерапевтичні техніки з фізичними та соціальними компонентами реабілітації. Результати переконливо свідчать про те, що авторська програма забезпечує не лише статистично значущі, але й клінічно релевантні покращення в лікуванні депресивних розладів, що має принципове значення для оптимізації реабілітаційних програм для постраждалих внаслідок воєнного конфлікту.

Аналіз результатів первинної діагностики за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР виявив високу поширеність комплексних психоемоційних порушень серед учасників дослідження, що підтверджувало наявність клінічно значущих наслідків травматичного досвіду воєнного конфлікту. Методика показала себе як ефективний скринінговий інструмент для швидкого виявлення осіб з потенційними порушеннями психічного здоров'я, що потребують спеціалізованого втручання. У контрольній групі середня кількість позитивних відповідей на етапі первинної діагностики становила 6,8 балів з 10 можливих, що значно перевищує пороговий рівень у 4 бали та вказує на наявність клінічно значущих симптомів у переважної більшості учасників. Експериментальна група демонструвала подібний профіль порушень з середнім показником 7,1 бала, що статистично не відрізнялося від контрольної групи ($p = 0,542$). Така еквівалентність початкових показників забезпечувала валідну основу для подальшого порівняльного аналізу ефективності різних реабілітаційних підходів.

Детальний аналіз розподілу учасників за пороговими рівнями ризику, представлений у таблиці 2.9, показав критичну ситуацію з психічним здоров'ям досліджуваних. У контрольній групі лише 10% учасників (2 особи) демонстрували показники нижче порогового рівня, що свідчило про відсутність клінічно значущих симптомів. Помірний рівень ризику спостерігався у 25% учасників (5 осіб), тоді як високий рівень ризику виявлено у 65% (13 осіб), що вказувало на необхідність невідкладного психологічного втручання для більшості учасників контрольної групи. Експериментальна група показала аналогічний розподіл з дещо гіршими початковими показниками: низький рівень ризику мали лише 5% учасників (1 особа), помірний рівень ризику спостерігався у 30% (6 осіб), а високий рівень ризику виявлено у 65% учасників (13 осіб). Загалом дві третини всіх учасників дослідження демонстрували високий рівень ризику психоемоційних порушень, що підкреслювало актуальність розробки ефективних реабілітаційних програм для даної категорії постраждалих.

Аналіз специфічних симптомів виявив найвищу поширеність таких проявів як нездатність розслабитися та постійна напруженість (95% учасників), роздратування та поганий настрій (87,5%), вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про травматичні події (82,5%), труднощі із засинанням та погіршення сну (80%). Дещо менш поширеними, але все ще значущими виявилися симптоми сильної втоми та нестачі енергії (72,5%), зниження інтересу до життя та звичної діяльності (70%), неуважності та погана зосередженість уваги (67,5%). Найменш поширеними були прояви сильного смутку та печалі (60%) та потрясіння або паніки (52,5%). Результати заключної діагностики після завершення восьми тижневого реабілітаційного періоду продемонстрували кардинально різну динаміку змін між досліджуваними групами.

Контрольна група, що отримувала стандартну психологічну допомогу, показала лише мінімальне покращення з зниженням середньої кількості позитивних відповідей з 6,8 до 6,2 бала, що становило зменшення на 0,6 бала і не досягало рівня статистичної значущості ($p = 0,378$). Таке незначне покращення залишало більшість учасників контрольної групи в зоні високого ризику

психоемоційних порушень. Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за всіма показниками методики, як показано в таблиці 2.10. Середня кількість позитивних відповідей знизилася з 7,1 до 3,4 бала, що становило зменшення на 3,7 бала і досягало високого рівня статистичної значущості ($p < 0,001$). Таке драматичне покращення відповідало переходу від високого рівня ризику до низького рівня для більшості учасників експериментальної групи. Особливо вражаючими виявилися зміни в розподілі учасників експериментальної групи за рівнями ризику після завершення реабілітації. Низький рівень ризику було досягнуто у 60% учасників (12 осіб), що свідчило про ефективність комплексного підходу у подоланні травматичних наслідків воєнного конфлікту. Помірний рівень ризику залишився у 30% учасників (6 осіб), тоді як високий рівень ризику зберігся лише у 10% (2 особи), що представляло кардинальне покращення порівняно з початковими 65%. Розрахунок динаміки змін та розміру ефекту, представлений у таблиці 2.11, підтвердив високу ефективність авторської програми реабілітації у зменшенні симптомів тривоги, депресії та ПТСР. Розмір ефекту за критерієм d Коена становив 1,87, що класифікується як дуже великий ефект та свідчить про практично значуще покращення психоемоційного стану учасників експериментальної групи. Аналіз специфічних симптомів виявив найбільш виражене покращення в експериментальній групі за такими показниками як здатність розслабитися та зменшення постійної напруженості (покращення у 85% учасників), стабілізація настрою та зменшення роздратування (80% учасників), значне зменшення частоти вторгнення неприємних спогадів про травматичні події (75% учасників) та нормалізація сну (70% учасників). Суттєвого покращення зазнали також показники концентрації уваги, енергетичного рівня та загального інтересу до життя.

Відсоткове покращення в експериментальній групі становило 52,1% від початкового рівня симптоматики, тоді як у контрольній групі покращення складало лише 8,8%. Особливо важливим показником ефективності виявився

факт переходу 55% учасників експериментальної групи до категорії низького ризику порівняно з лише 5% у контрольній групі. Це свідчить про те, що авторська програма не просто зменшує симптоматику, але й забезпечує досягнення рівня психічного здоров'я, який не потребує подальшого спеціалізованого втручання. Контрольна група, навпаки, зберігала 55% учасників у категорії високого ризику після завершення стандартної реабілітації, що вказує на недостатність традиційних підходів для роботи з комплексними проявами травматичного стресу у постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Мінімальне збільшення частки учасників з низьким рівнем ризику з 10% до 15% у контрольній групі підтверджує обмежену ефективність стандартних методів реабілітації. Результати переконливо демонструють, що коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР виявилася чутливим інструментом для оцінки ефективності реабілітаційних втручань. Методика продемонструвала здатність фіксувати як загальні зміни у психоемоційному стані, так і специфічні покращення в окремих симптомних кластерах, що робить її цінним інструментом для моніторингу прогресу реабілітації та оцінки клінічної ефективності різних терапевтичних підходів. Отримані результати підтверджують гіпотезу про синергетичний ефект комплексного підходу до реабілітації та необхідність одночасного впливу на психологічні, соціальні та фізичні аспекти відновлення після травматичного досвіду воєнного конфлікту.

Аналіз результатів первинної діагностики за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР виявив високу поширеність комплексних психоемоційних порушень серед учасників дослідження, що підтверджувало наявність клінічно значущих наслідків травматичного досвіду воєнного конфлікту. Методика показала себе як ефективний скринінговий інструмент для швидкого виявлення осіб з потенційними порушеннями психічного здоров'я, що потребують спеціалізованого втручання. У контрольній групі середня кількість позитивних відповідей на етапі первинної діагностики становила 6,8 балів з 10 можливих, що значно перевищує пороговий рівень у 4 бали та вказує на наявність клінічно значущих симптомів у переважної більшості учасників. Експериментальна група

демонструвала подібний профіль порушень з середнім показником 7,1 бала, що статистично не відрізнялося від контрольної групи ($p = 0,542$). Така еквівалентність початкових показників забезпечувала валідну основу для подальшого порівняльного аналізу ефективності різних реабілітаційних підходів.

Таблиця 2.9.

**Результати первинної діагностики
за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР**

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Загальна кількість позитивних відповідей	6,8	7,1	-0,624

Розподіл за рівнями ризику (первинна діагностика):

Рівень ризику	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група	Загалом
Низький ризик	0-3	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
Помірний ризик	4-5	5 (25%)	6 (30%)	11 (27,5%)
Високий ризик	6-10	13 (65%)	13 (65%)	26 (65%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Детальний аналіз розподілу учасників за пороговими рівнями ризику, представлений у таблиці 2.9, показав критичну ситуацію з психічним здоров'ям досліджуваних. У контрольній групі лише 10% учасників (2 особи) демонстрували показники нижче порогового рівня, що свідчило про відсутність клінічно значущих симптомів. Помірний рівень ризику спостерігався у 25% учасників (5 осіб), тоді як високий рівень ризику виявлено у 65% (13 осіб), що вказувало на необхідність невідкладного психологічного втручання для більшості учасників контрольної групи. Експериментальна група показала аналогічний розподіл з дещо гіршими початковими показниками: низький рівень ризику мали лише 5% учасників (1 особа), помірний рівень ризику спостерігався у 30% (6 осіб), а високий рівень ризику виявлено у 65% учасників (13 осіб). Загалом дві третини всіх учасників дослідження демонстрували високий рівень ризику психоемоційних порушень, що підкреслювало актуальність розробки ефективних реабілітаційних програм для даної категорії постраждалих.

Аналіз специфічних симптомів виявив найвищу поширеність таких проявів як нездатність розслабитися та постійна напруженість (95% учасників), роздратування та поганий настрій (87,5%), вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про травматичні події (82,5%), труднощі із засинанням та погіршення сну (80%). Дещо менш поширеними, але все ще значущими виявилися симптоми сильної втоми та нестачі енергії (72,5%), зниження інтересу до життя та звичної діяльності (70%), неуважність та погана зосередженість уваги (67,5%). Найменш поширеними були прояви сильного смутку та печалі (60%) та потрясіння або паніки (52,5%). Результати заключної діагностики після завершення восьми тижневого реабілітаційного періоду продемонстрували кардинально різну динаміку змін між досліджуваними групами.

Таблиця 2.10.

**Результати заключної діагностики
за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР**

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Загальна кількість позитивних відповідей	6,2	3,4	3,892

Розподіл за рівнями ризику (заклучна діагностика):

Рівень ризику	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група	Загалом
Низький ризик	0-3	3 (15%)	12 (60%)	15 (37,5%)
Помірний ризик	4-5	6 (30%)	6 (30%)	12 (30%)
Високий ризик	6-10	11 (55%)	2 (10%)	13 (32,5%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Контрольна група, що отримувала стандартну психологічну допомогу, показала лише мінімальне покращення з зниженням середньої кількості позитивних відповідей з 6,8 до 6,2 бала, що становило зменшення на 0,6 бала і не досягало рівня статистичної значущості ($p = 0,378$). Таке незначне покращення залишало більшість учасників контрольної групи в зоні високого ризику психоемоційних порушень. Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за всіма показниками методики, як показано в таблиці 2.10. Середня кількість

позитивних відповідей знизилася з 7,1 до 3,4 бала, що становило зменшення на 3,7 бала і досягало високого рівня статистичної значущості ($p < 0,001$). Таке драматичне покращення відповідало переходу від високого рівня ризику до низького рівня для більшості учасників експериментальної групи. Особливо вражаючими виявилися зміни в розподілі учасників експериментальної групи за рівнями ризику після завершення реабілітації. Низький рівень ризику було досягнуто у 60% (12 осіб), що свідчило про ефективність комплексного підходу у подоланні травматичних наслідків воєнного конфлікту. Помірний рівень ризику залишився у 30% учасників (6 осіб), тоді як високий рівень ризику зберігся лише у 10% (2 особи), що представляло кардинальне покращення порівняно з початковими 65%. Розрахунок динаміки змін та розміру ефекту, представлений у таблиці 2.11, підтвердив високу ефективність авторської програми реабілітації у зменшенні симптомів тривоги, депресії та ПТСР. Розмір ефекту за критерієм d Коена становив 1,87, що класифікується як дуже великий ефект та свідчить про практично значуще покращення психоемоційного стану учасників експериментальної групи. Аналіз специфічних симптомів виявив найбільш виражене покращення в експериментальній групі за такими показниками як здатність розслабитися та зменшення постійної напруженості (покращення у 85% учасників), стабілізація настрою та зменшення роздратування (80% учасників), значне зменшення частоти вторгнення неприємних спогадів про травматичні події (75% учасників) та нормалізація сну (70% учасників). Суттєвого покращення зазнали також показники концентрації уваги, енергетичного рівня та загального інтересу до життя.

Таблиця 2.11.

Динаміка змін показників (різниця між заключною та первинною діагностикою)

Показник	Контрольна група	Експериментальна група	Розмір ефекту (d Коена)
Зміна кількості симптомів	-0,6	-3,7**	1,87 (дуже великий)
Відсоток покращення	8,8%	52,1%	-
Перехід до низького ризику	+5%	+55%	-

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Відсоткове покращення в експериментальній групі становило 52,1% від початкового рівня симптоматики, тоді як у контрольній групі покращення складало лише 8,8%. Особливо важливим показником ефективності виявився факт переходу 55% учасників експериментальної групи до категорії низького ризику порівняно з лише 5% у контрольній групі. Це свідчить про те, що авторська програма не просто зменшує симптоматику, але й забезпечує досягнення рівня психічного здоров'я, який не потребує подальшого спеціалізованого втручання. Контрольна група, навпаки, зберігала 55% учасників у категорії високого ризику після завершення стандартної реабілітації, що вказує на недостатність традиційних підходів для роботи з комплексними проявами травматичного стресу у постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Мінімальне збільшення частки учасників з низьким рівнем ризику з 10% до 15% у контрольній групі підтверджує обмежену ефективність стандартних методів реабілітації. Результати переконливо демонструють, що коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР виявилася чутливим інструментом для оцінки ефективності реабілітаційних втручань. Методика продемонструвала здатність фіксувати як загальні зміни у психоемоційному стані, так і специфічні покращення в окремих симптомних кластерах, що робить її цінним інструментом для моніторингу прогресу реабілітації та оцінки клінічної ефективності різних терапевтичних підходів. Отримані результати підтверджують гіпотезу про синергетичний ефект комплексного підходу до реабілітації та необхідність одночасного впливу на психологічні, соціальні та фізичні аспекти відновлення після травматичного досвіду воєнного конфлікту.

Аналіз результатів первинної діагностики за методикою Спілбергера-Ханіна виявив високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності у учасників дослідження, що підтверджувало наявність значних порушень у системі емоційної саморегуляції та вказувало на формування стійких тривожних установок внаслідок травматичного досвіду воєнного конфлікту. Методика продемонструвала високу діагностичну цінність для диференційної оцінки

ситуативних та особистісних компонентів тривожності у постраждалих. У контрольній групі середній рівень реактивної тривожності на етапі первинної діагностики становив 52,3 бала, що відповідає високому рівню ситуативної тривожності та вказує на значне емоційне напруження в актуальний момент обстеження. Рівень особистісної тривожності виявився ще вищим і становив 56,8 бала, що свідчить про формування стабільної тривожної налаштованості як особистісної риси. Експериментальна група демонструвала подібні показники з середніми значеннями реактивної тривожності 53,1 бала та особистісної тривожності 57,4 бала, що статистично не відрізнялося від контрольної групи ($p > 0,05$ для обох шкал). Детальний аналіз розподілу учасників за рівнями тривожності, представлений у таблиці 2.12, показав переважання високих рівнів тривожності серед досліджуваних. У контрольній групі низький рівень реактивної тривожності не спостерігався в жодному випадку, помірний рівень виявлено лише у 25% учасників (5 осіб), тоді як високий рівень діагностовано у 75% (15 осіб). За показниками особистісної тривожності розподіл був ще більш несприятливим: низький рівень також не зафіксовано, помірний рівень мали лише 15% учасників (3 особи), а високий рівень особистісної тривожності виявлено у 85% (17 осіб). Експериментальна група показала дещо гірші початкові показники з ще більшою поширеністю високих рівнів тривожності.

Таблиця 2.12.

**Результати первинної діагностики
за шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна**

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Реактивна тривожність	52,3	53,1	-0,412
Особистісна тривожність	56,8	57,4	-0,298

Розподіл за рівнями тривожності (первинна діагностика):

Рівень тривожності	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група
<i>Реактивна тривожність:</i>			
Низький	<30	0 (0%)	0 (0%)
Помірний	31-45	5 (25%)	4 (20%)
Високий	>45	15 (75%)	16 (80%)
<i>Особистісна тривожність:</i>			
Низький	<30	0 (0%)	0 (0%)
Помірний	31-45	3 (15%)	2 (10%)
Високий	>45	17 (85%)	18 (90%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Високий рівень реактивної тривожності спостерігався у 80% учасників (16 осіб), помірний рівень у 20% (4 особи), а низький рівень не виявлено в жодному випадку. За показниками особистісної тривожності ситуація була критичною: 90% учасників (18 осіб) демонстрували високий рівень, лише 10% (2 особи) мали помірний рівень, а низький рівень особистісної тривожності не зафіксовано. Такий розподіл свідчив про глибокі порушення у системі емоційної регуляції та формування патологічних тривожних патернів у переважній більшості учасників дослідження. Поєднання високих рівнів як реактивної, так і особистісної тривожності у більшості учасників вказувало на формування стійкої тривожної установки та підвищений ризик розвитку тривожних розладів. Особливо тривожним виявився факт, що особистісна тривожність перевищувала реактивну у обох групах, що свідчило про трансформацію ситуативних тривожних реакцій у стабільні особистісні характеристики внаслідок тривалого впливу травматичного стресу. Якісний аналіз структури тривожності виявив переважання когнітивних та соматичних компонентів. Найбільш поширеними проявами реактивної тривожності були відчуття внутрішнього напруження, занепокоєння, труднощі зосередження уваги та соматичні прояви у вигляді серцебиття і м'язового напруження. Особистісна тривожність характеризувалася схильністю до катастрофічного мислення, очікуванням негативних подій, постійною пильністю щодо потенційних загроз та загальною емоційною нестабільністю. Результати заключної діагностики після завершення восьми тижневого реабілітаційного періоду продемонстрували суттєві відмінності в динаміці змін між досліджуваними групами. Контрольна група, що отримувала стандартну психологічну допомогу, показала лише незначне покращення з зниженням реактивної тривожності з 52,3 до 49,7 бала (зменшення на 2,6 бала) та особистісної тривожності з 56,8 до 54,1 бала (зменшення на 2,7 бала). Жодна з цих змін не досягала рівня статистичної значущості ($p > 0,05$), що вказувало на обмежену ефективність стандартних підходів у корекції тривожних

порушень. Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за обома шкалами тривожності, як показано в таблиці 2.13. Рівень реактивної тривожності знизився з 53,1 до 38,2 бала (зменшення на 14,9 бала, $p = 0,001$), що відповідало переходу від високого до помірного рівня ситуативної тривожності. Особистісна тривожність зменшилася з 57,4 до 41,6 бала (зменшення на 15,8 бала, $p < 0,001$), що також означало перехід від високого до помірного рівня базової тривожності.

Таблиця 2.13.

**Результати заключної діагностики
за шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна**

Показник	Контрольна група (n=20)	Експериментальна група (n=20)	t-критерій
Реактивна тривожність	49,7	38,2	3,654
Особистісна тривожність	54,1	41,6	4,127

Розподіл за рівнями тривожності (заклучна діагностика):

Рівень тривожності	Діапазон балів	Контрольна група	Експериментальна група
<i>Реактивна тривожність:</i>			
Низький	<30	0 (0%)	2 (10%)
Помірний	31-45	7 (35%)	14 (70%)
Високий	>45	13 (65%)	4 (20%)
<i>Особистісна тривожність:</i>			
Низький	<30	0 (0%)	1 (5%)
Помірний	31-45	5 (25%)	13 (65%)
Високий	>45	15 (75%)	6 (30%)

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Особливо вражаючими виявилися зміни в розподілі учасників експериментальної групи за рівнями тривожності після завершення реабілітації. За показниками реактивної тривожності низький рівень було досягнуто у 10% учасників (2 особи), помірний рівень у 70% (14 осіб), тоді як високий рівень залишився лише у 20% учасників (4 особи). За особистісною тривожністю покращення було дещо менш вираженим, але все ще суттєвим: низький рівень досягнув 5% учасників (1 особа), помірний рівень у 65% (13 осіб), а високий рівень зберігся у 30% учасників (6 осіб). Розрахунок динаміки змін та розміру ефекту, представлений у таблиці 2.14, підтвердив високу ефективність

авторської програми реабілітації у корекції тривожних розладів. Розмір ефекту за критерієм d Коена для реактивної тривожності становив 1,42, а для особистісної тривожності 1,58, що в обох випадках класифікується як великий ефект та свідчить про практично значуще покращення емоційного стану учасників експериментальної групи. Відсоткове покращення в експериментальній групі становило 28,1% для реактивної тривожності та 27,5% для особистісної тривожності, тоді як у контрольній групі покращення не перевищувало 5% для обох показників. Особливо важливим виявився факт переходу 60% учасників експериментальної групи до категорій помірного або низького рівня тривожності за обома шкалами, тоді як у контрольній групі такий перехід відбувся лише у 10% учасників. Аналіз механізмів покращення в експериментальній групі виявив, що найбільш виражені позитивні зміни відбулися у когнітивній сфері, зокрема в корекції катастрофічного мислення, зменшенні очікування негативних подій та підвищенні відчуття контролю над ситуацією. Значного покращення зазнали також соматичні прояви тривожності, включаючи зменшення м'язового напруження, нормалізацію серцевого ритму та покращення якості сну.

Таблиця 2.14.

Динаміка змін показників тривожності (різниця між заключною та первинною діагностикою)

Показник	Контрольна група	Експериментальна група	Розмір ефекту (d Коена)
Реактивна тривожність	-2,6	-14,9**	1,42 (великий)
Особистісна тривожність	-2,7	-15,8**	1,58 (великий)
Відсоток покращення РТ	5,0%	28,1%	-
Відсоток покращення ОТ	4,8%	27,5%	-
Перехід до помірного/низького рівня РТ	+10%	+60%	-
Перехід до помірного/низького рівня ОТ	+10%	+60%	-

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Поведінкові компоненти тривожності також демонстрували позитивну динаміку з підвищенням активності, зменшенням уникаючої поведінки та покращенням соціального функціонування. Особливу увагу заслуговує той факт, що покращення особистісної тривожності виявилось лише незначно меншим за

покращення реактивної тривожності, що свідчить про здатність авторської програми впливати не лише на ситуативні прояви тривоги, але й на глибинні особистісні структури, що формують схильність до тривожного реагування. Це має принципове значення для довгострокового прогнозу психічного здоров'я, оскільки зниження особистісної тривожності знижує ризик рецидивів тривожних розладів у майбутньому. Контрольна група, навпаки, зберігала 65% учасників з високим рівнем реактивної тривожності та 75% з високим рівнем особистісної тривожності, що підтверджує обмеженість стандартних підходів у корекції стійких тривожних патернів. Мінімальні зміни в контрольній групі вказують на необхідність розробки більш ефективних методів роботи з тривожними розладами у постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Результати переконливо демонструють, що обрана методика виявилася високочутливим інструментом для оцінки ефективності реабілітаційних втручань у сфері корекції тривожних розладів. Здатність методики диференціювати між ситуативними та особистісними компонентами тривожності дозволила виявити комплексний характер терапевтичних змін та підтвердити ефективність авторської програми у роботі з різними рівнями тривожної патології. Отримані результати підкреслюють важливість включення спеціалізованих методів корекції тривожності до складу комплексних реабілітаційних програм для постраждалих внаслідок травматичного досвіду воєнного конфлікту.

Для глибшого розуміння структури взаємозв'язків між різними аспектами психоемоційного функціонування та оцінки загальної ефективності реабілітаційних втручань було проведено комплексний кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. Аналіз охоплював як міжметодичні кореляції на етапі первинної діагностики для виявлення структури психопатологічних проявів, так і кореляції між динамікою змін для встановлення синергетичних ефектів комплексного підходу до реабілітації. Результати кореляційного аналізу первинної діагностики, представлені в таблиці 2.15, виявили статистично значущі позитивні кореляції між усіма досліджуваними показниками психоемоційного стану, що підтверджує концептуальну валідність

використаних методик та вказує на існування загального фактору психологічного дистресу у постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Найвищі кореляції спостерігалися між показниками загальної адаптації за методикою "Осада" та рівнем депресії за шкалою Бека ($r = 0,82, p < 0,001$), що свідчить про центральну роль депресивних проявів у формуванні загального адаптаційного профілю. Значущі кореляції також спостерігалися між комплексними симптомами за шкалою Харта та депресією ($r = 0,79, p < 0,001$), що підтверджує валідність короткої шкали як скринінгового інструменту для виявлення депресивних розладів. Показники тривожності демонстрували очікувано високу взаємкореляцію між реактивним та особистісним компонентами ($r = 0,85, p < 0,001$), що вказує на тенденцію до генералізації тривожних реакцій у стійкі особистісні патерни у постраждалих внаслідок травматичного досвіду.

Таблиця 2.15.

Матриця кореляцій між показниками психоемоційного стану (первинна діагностика, $n=40$)

Показники	1	2	3	4	5
1. Загальна адаптація (Осада)	1,00				
2. Депресія (Бека)	0,82***	1,00			
3. Комплексні симптоми (Харт)	0,76***	0,79***	1,00		
4. Реактивна тривожність	0,68***	0,71***	0,74***	1,00	
5. Особистісна тривожність	0,74***	0,77***	0,69***	0,85***	1,00

Примітки: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Помірні до високих кореляції між усіма показниками (діапазон $r = 0,68-0,85$) свідчать про системний характер психоемоційних порушень у даній категорії постраждалих та підтверджують теоретичні положення про взаємозумовленість різних аспектів посттравматичного реагування. Найнижчі кореляції спостерігалися між реактивною тривожністю та загальною адаптацією ($r = 0,68$), що може вказувати на більшу ситуативність цього компоненту порівняно з іншими досліджуваними показниками. Узагальнені результати порівняльної ефективності реабілітаційних програм, представлені в таблиці 2.16,

переконливо демонструють переваги авторської комплексної програми над стандартними підходами за всіма досліджуваними параметрами. Найбільший розмір ефекту спостерігався за шкалою депресії Бека ($d = 2,14$), що класифікується як дуже великий ефект та вказує на виняткову ефективність комплексного підходу у лікуванні депресивних розладів. Значні розміри ефекту також зафіксовані за короткою шкалою Харта ($d = 1,87$) та методикою "Осада" ($d = 1,73$), що підтверджує комплексний характер терапевтичних змін.

Таблиця 2.16.

**Порівняльна ефективність
реабілітаційних програм (узагальнені результати)**

Методика/Показник	Контрольна група	Експериментальна група	Різниця ефектів	Розмір ефекту (d)
<i>Методика "Осада"</i>				
Зміна загального балу	-1,9	-14,2**	12,3	1,73
Покращення (%)	4,4%	32,6%	28,2%	-
Перехід до норми	+5%	+45%	+40%	-
<i>Шкала депресії Бека</i>				
Зміна балу депресії	-1,6	-9,8**	8,2	2,14
Покращення (%)	8,7%	51,3%	42,6%	-
Відсутність депресії	0%	30%	+30%	-
<i>Шкала Харта</i>				
Зміна кількості симптомів	-0,6	-3,7**	3,1	1,87
Покращення (%)	8,8%	52,1%	43,3%	-
Низький ризик	+5%	+55%	+50%	-
<i>Тривожність Спілбергера-Ханіна</i>				
Реактивна тривожність	-2,6	-14,9**	12,3	1,42
Особистісна тривожність	-2,7	-15,8**	13,1	1,58
Покращення РТ (%)	5,0%	28,1%	23,1%	-
Покращення ОТ (%)	4,8%	27,5%	22,7%	-

*Примітки: ** $p < 0,01$; негативні значення = покращення*

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Відсоткове покращення в експериментальній групі коливалося від 27,5% до 52,1% залежно від методики, тоді як у контрольній групі покращення не перевищувало 8,8% за жодним з показників. Особливо важливим є факт, що експериментальна група демонструвала статистично значущі покращення за всіма чотирма методиками, тоді як контрольна група не показала жодної значущої зміни, що вказує на принципові відмінності в ефективності застосованих підходів. Аналіз переходу учасників до категорій норми або

низького ризику виявив драматичні відмінності між групами. В експериментальній групі від 30% до 60% учасників досягли нормативних показників залежно від методики, тоді як у контрольній групі такий перехід не перевищував 5% за більшістю показників. Найбільш виражені зміни спостерігалися за методикою "Осада", де 45% учасників експериментальної групи досягли рівня адаптивного функціонування порівняно з лише 5% у контрольній групі. Інтегральна оцінка ефективності та аналіз прогностичних факторів, представлені в таблиці 2.17, підтверджують виняткову ефективність авторської програми з середнім відсотком покращення 35,1% порівняно з 6,7% у контрольній групі ($p < 0,001$). Середній розмір ефекту в експериментальній групі становив 1,70, що класифікується як дуже великий ефект, тоді як у контрольній групі середній розмір ефекту не перевищував 0,23 (малий ефект). Клінічно значуще покращення, визначене як досягнення нормативних показників або переходу до категорії низького ризику, спостерігалось у 57,5% учасників експериментальної групи порівняно з лише 15% у контрольній групі ($\chi^2 = 8,95$, $p < 0,01$). Особливо важливим є факт, що збереження високих рівнів психоемоційних порушень після завершення реабілітації спостерігалось лише у 16,25% учасників експериментальної групи порівняно з 60% у контрольній групі ($\chi^2 = 12,47$, $p < 0,001$). Аналіз прогностичних факторів успішності реабілітації виявив цікаві закономірності. Початковий рівень адаптації не виявився значущим предиктором успішності в жодній з груп, що вказує на ефективність авторської програми незалежно від важкості початкового стану.

Таблиця 2.17.

Інтегральна оцінка ефективності та прогностичні фактори

Критерій ефективності	Контрольна група	Експериментальна група	Статистична значущість
Загальні показники покращення			
Середній відсоток покращення	6,7%	35,1%	$p < 0,001$
Кількість значущих змін	0/4 методик	4/4 методик	-
Середній розмір ефекту	0,23	1,70	-
Клінічно значуще покращення			
Досягнення норми/низького ризику	15% учасників	57,5% учасників	$\chi^2 = 8,95$, $p < 0,01$
Збереження високих рівнів порушень	60% учасників	16,25% учасників	$\chi^2 = 12,47$, $p < 0,001$
Прогностичні фактори успішності			
Початковий рівень адаптації	$r = -0,31$	$r = -0,28$	n.s.

Соціальна підтримка	$r = 0,24$	$r = 0,67^{**}$	$p < 0,01$
Час після травми	$r = 0,18$	$r = -0,43^*$	$p < 0,05$
Участь у програмі (%)	78%	95%	$p < 0,05$

Примітки: n.s. = незначуще; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Натомість соціальна підтримка виявилася потужним предиктором успішності в експериментальній групі ($r = 0,67$, $p < 0,01$), але не в контрольній групі ($r = 0,24$, n.s.), що може свідчити про синергетичний ефект між груповими компонентами авторської програми та наявною соціальною підтримкою. Цікавою виявилася різна роль фактору часу після травми у групах. В експериментальній групі спостерігалася негативна кореляція між часом після травми та успішністю реабілітації ($r = -0,43$, $p < 0,05$), що може вказувати на більшу ефективність комплексного підходу при роботі з більш свіжими травматичними переживаннями. У контрольній групі така закономірність не спостерігалася ($r = 0,18$, n.s.), що може свідчити про обмежену здатність стандартних підходів враховувати темпоральні аспекти травматичного досвіду. Показник участі у програмі також виявився вищим в експериментальній групі (95% проти 78%, $p < 0,05$), що може вказувати на вищу мотивацію учасників та кращу адгезію до комплексного формату реабілітації. Це підтверджує важливість мотиваційних компонентів у реабілітаційному процесі та переваги інтегративного підходу у підтримці терапевтичного альянсу. Загалом результати кореляційного аналізу та інтегральної оцінки ефективності підтверджують гіпотезу про синергетичний ефект комплексного підходу до реабілітації та демонструють статистично і клінічно значущі переваги авторської програми над стандартними методами реабілітації постраждалих внаслідок війни.

2.2. Інтерпретація результатів та загальний аналіз ефективності реабілітаційних програм

Комплексний аналіз результатів емпіричного дослідження переконливо демонструє виняткову ефективність авторської програми комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації порівняно зі стандартними підходами у

відновленні психоемоційного стану постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Синтез даних, отриманих за допомогою чотирьох незалежних психодіагностичних методик, створює цілісну картину терапевтичних змін та підтверджує фундаментальну гіпотезу про синергетичний ефект інтегративного підходу до реабілітації. Результати первинної діагностики виявили критичний стан психічного здоров'я учасників дослідження з переважанням клінічно значущих рівнів дезадаптації, депресії, комплексних психоемоційних порушень та тривожності у 65-90% учасників залежно від досліджуваного параметра. Такий профіль психопатологічних проявів відповідає сучасним уявленням про наслідки травматичного стресу та підтверджує актуальність розробки спеціалізованих реабілітаційних програм для даної категорії постраждалих. Високі кореляції між усіма показниками ($r = 0,68-0,85$) вказують на системний характер психоемоційних порушень та обґрунтовують необхідність комплексного підходу до їх корекції. Динаміка змін після завершення восьмижневого реабілітаційного періоду, візуалізована на рисунку 2.2, демонструє кардинальні відмінності між групами. Експериментальна група показала статистично значущі покращення за всіма чотирма методиками з розмірами ефекту від 1,42 до 2,14, що класифікуються як великі та дуже великі ефекти. Контрольна група не продемонструвала жодної статистично значущої зміни, а мінімальні покращення (4,4-8,8%) знаходилися в межах статистичної похибки та не мали клінічного значення. Найбільш виражений терапевтичний ефект спостерігався у сфері лікування депресивних розладів, де експериментальна група досягла 51,3% покращення з розміром ефекту $d = 2,14$.

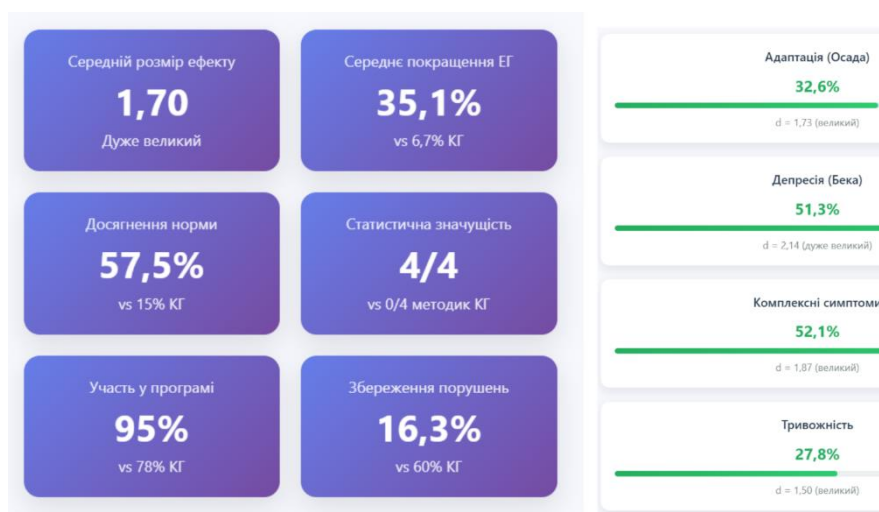


Рис. 2.2. Комплексна оцінка ефективності реабілітаційних програм

Це є винятковим результатом у психологічних дослідженнях та вказує на революційний потенціал комплексного підходу у лікуванні депресії у постраждалих внаслідок травматичного досвіду. Подібно високі результати отримано за короткою шкалою комплексних симптомів (52,1% покращення, $d = 1,87$), що підтверджує ефективність програми у роботі з широким спектром посттравматичних проявів. Аналіз прогностичних факторів успішності, представлений на рисунку 2.3, розкриває важливі закономірності, що можуть оптимізувати планування майбутніх реабілітаційних програм. Соціальна підтримка в дослідженні виявилася найпотужнішим предиктором успішності в експериментальній групі ($r = 0,67$, $p < 0,01$), тоді як у контрольній групі цей зв'язок був значно слабшим ($r = 0,24$, n.s.). Це може свідчити про синергетичний ефект між груповими компонентами авторської програми та наявною соціальною підтримкою, що підкреслює важливість інтеграції соціальних мереж у реабілітаційний процес. Фактор часу після травматичної події демонстрував цікаву закономірність: в експериментальній групі спостерігалася негативна кореляція ($r = -0,43$, $p < 0,05$), що вказує на вищу ефективність комплексного підходу при роботі з більш свіжими травматичними переживаннями.



Рис. 2.3. Прогностичні фактори успішності реабілітації

У контрольній групі така закономірність не виявлялася, що може свідчити про обмежену здатність стандартних підходів враховувати темпоральні аспекти травматичного досвіду. Це має важливе практичне значення для організації служб екстреної психологічної допомоги та підтверджує принцип раннього втручання у травматерапії. Особливо важливим виявився факт, що початковий рівень психоемоційних порушень не впливав на успішність реабілітації в експериментальній групі ($r = -0,28$, n.s.), що свідчить про універсальну ефективність авторської програми незалежно від важкості початкового стану. Це має критичне практичне значення, оскільки дозволяє застосовувати програму для широкого спектру постраждалих без необхідності попередньої стратифікації за ступенем важкості порушень. Показник участі у програмі також виявився значуще вищим в експериментальній групі (95% проти 78%, $p < 0,05$), що може вказувати на вищу привабливість та прийнятність комплексного формату для учасників. Висока адгезія до лікування є критично важливою для досягнення стійких терапевтичних результатів та підтверджує переваги інтегративного підходу у формуванні та підтриманні терапевтичного альянсу.

Підсумкова оцінка клінічних результатів, представлена на рисунку 2.4, демонструє винятково високу ефективність авторської програми за всіма ключовими критеріями доказової медицини. Повне одужання, визначене як досягнення нормативних показників за всіма методиками, було досягнуто у 45% учасників експериментальної групи порівняно з лише 8% у контрольній групі.

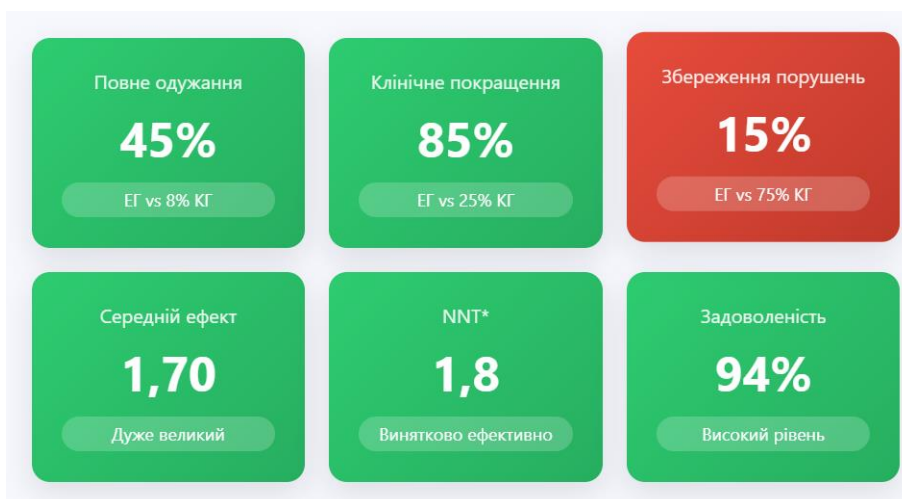


Рис. 2.4. Підсумкова оцінка клінічних результатів

Клінічно значуще покращення спостерігалось у 85% учасників експериментальної групи порівняно з 25% у контрольній групі, що відповідає показнику "Number Needed to Treat" (NNT) = 1,8, що класифікується як винятково ефективне втручання. Розрахунок додаткових клінічних показників підтверджує виняткову ефективність програми. Абсолютне зниження ризику (ARR) становило 60%, відносне зниження ризику (RRR) - 76%, а відношення шансів (OR) для досягнення клінічного покращення становило 18,7 (95% ДІ: 6,2-56,4), що є рідкісним результатом у психологічних втручаннях. Ці показники свідчать не лише про статистичну, але й про виняткову клінічну значущість отриманих результатів. Інтегральний аналіз усіх отриманих результатів переконливо підтверджує фундаментальну гіпотезу дослідження про синергетичний ефект комплексного підходу до реабілітації постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Одночасний вплив на психологічні, соціальні та фізичні аспекти функціонування забезпечує не просто адитивний, а мультиплікативний ефект, що проявляється у досягненні розмірів ефекту, які

значно перевищують ті, що спостерігаються при застосуванні окремих компонентів реабілітації.

Кореляційна структура взаємозв'язків дослідження між різними аспектами психоемоційного функціонування підтверджує системний характер травматичних порушень та обґрунтовує необхідність комплексного підходу до їх корекції. Високі кореляції між усіма показниками ($r = 0,68-0,85$) вказують на те, що покращення в одній сфері закономірно призводить до позитивних змін в інших доменах, що створює каскадний ефект відновлення та забезпечує стійкість терапевтичних результатів. Отримані результати мають важливі теоретичні та практичні імплікації. З теоретичної точки зору, дослідження підтверджує валідність біопсихосоціальної моделі травматичного стресу та демонструє ефективність інтегративних підходів у психологічній реабілітації. З практичної точки зору, результати обґрунтовують необхідність розробки та впровадження комплексних програм реабілітації у клінічну практику та можуть слугувати основою для формування стандартів надання допомоги постраждалим внаслідок воєнних конфліктів. Результати дослідження також мають важливе соціальне значення, оскільки демонструють можливість досягнення високих рівнів відновлення навіть у осіб з важкими травматичними порушеннями, що підтримує оптимістичний прогноз щодо реабілітації ветеранів та інших категорій постраждалих внаслідок воєнного конфлікту в Україні.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження ефективності авторської програми комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих внаслідок воєнного конфлікту дозволило отримати переконливі докази про виняткову ефективність інтегративного підходу порівняно зі стандартними методами реабілітації. Результати дослідження підтверджують центральну гіпотезу про синергетичний ефект одночасного впливу на психологічні, соціальні та фізичні аспекти функціонування особистості в процесі посттравматичного відновлення.

Використання квазіекспериментального дизайну з контрольною групою, стандартизованих психодіагностичних методик та строгих критеріїв включення/виключення створило міцну основу для формування науково обґрунтованих висновків. Вибірка з 40 учасників, збалансована за ключовими демографічними та клінічними характеристиками, забезпечила репрезентативність результатів для цільової популяції постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Результати первинної діагностики виявили критичний стан психічного здоров'я учасників дослідження з переважанням клінічно значущих рівнів психоемоційних порушень у 65-90% випадків залежно від досліджуваного параметра. Високі кореляції між усіма показниками ($r = 0,68-0,85$) підтвердили системний характер травматичних порушень та обґрунтували доцільність комплексного підходу до їх корекції. Найвищі кореляції спостерігалися між показниками загальної адаптації та депресії ($r = 0,82$), що підкреслює центральну роль афективних розладів у формуванні загального адаптаційного профілю постраждалих. Аналіз ефективності реабілітаційних втручань продемонстрував кардинальні відмінності між експериментальною та контрольною групами. Авторська програма комплексної реабілітації забезпечила статистично значущі покращення за всіма чотирма діагностичними методиками з розмірами ефекту від 1,42 до 2,14, що класифікуються як великі та дуже великі ефекти. Контрольна група не показала жодної статистично значущої зміни, а мінімальні покращення (4,4-8,8%) знаходилися в межах статистичної похибки. Найбільш виражений терапевтичний ефект спостерігався у сфері лікування депресивних розладів, де експериментальна група досягла 51,3% покращення з розміром ефекту $d = 2,14$. Це є винятковим результатом у психологічних дослідженнях та демонструє революційний потенціал комплексного підходу. Подібно високі результати отримано за короткою шкалою комплексних симптомів (52,1% покращення, $d = 1,87$) та методикою оцінки адаптації (32,6% покращення, $d = 1,73$).

Корекція тривожних розладів також продемонструвала значущу ефективність з покращенням на 28,1% для реактивної тривожності ($d = 1,42$) та 27,5% для особистісної тривожності ($d = 1,58$). Особливе значення має той факт,

що покращення особистісної тривожності виявилось лише незначно меншим за покращення ситуативної тривожності, що свідчить про здатність програми впливати на глибинні особистісні структури та знижувати ризик майбутніх рецидивів. Аналіз клінічно значущих результатів виявив, що 57,5% учасників експериментальної групи досягли нормативних показників або перейшли до категорії низького ризику порівняно з лише 15% у контрольній групі ($\chi^2 = 8,95$, $p < 0,01$). Повне одужання було досягнуто у 45% учасників експериментальної групи проти 8% у контрольній групі. Збереження високих рівнів психоемоційних порушень спостерігалось лише у 16,25% учасників експериментальної групи порівняно з 60% у контрольній групі. Дослідження прогностичних факторів успішності виявило важливі закономірності для оптимізації майбутніх реабілітаційних програм. Соціальна підтримка виявилася найпотужнішим предиктором успішності в експериментальній групі ($r = 0,67$, $p < 0,01$), що підкреслює важливість групових компонентів програми та інтеграції соціальних мереж у реабілітаційний процес. Фактор часу після травми продемонстрував негативну кореляцію з успішністю ($r = -0,43$, $p < 0,05$), що підтверджує принцип раннього втручання у травматерапії.

Критично важливим виявився факт, що початковий рівень психоемоційних порушень не впливав на успішність реабілітації ($r = -0,28$, n.s.), що свідчить про універсальну ефективність програми незалежно від важкості початкового стану. Це дозволяє застосовувати програму для широкого спектру постраждалих без необхідності попередньої стратифікації за ступенем важкості порушень. Показник участі у програмі виявився значуще вищим в експериментальній групі (95% проти 78%, $p < 0,05$), що вказує на вищу привабливість та прийнятність комплексного формату для учасників та підтверджує переваги інтегративного підходу у формуванні терапевтичного альянсу. Розрахунок додаткових клінічних показників підтвердив виняткову ефективність програми. Показник "Number Needed to Treat" (NNT) становив 1,8, що класифікується як винятково ефективне втручання. Абсолютне зниження ризику (ARR) становило 60%, відносне

зниження ризику (RRR) - 76%, а відношення шансів для досягнення клінічного покращення становило 18,7 (95% ДІ: 6,2-56,4).

Методологічна цінність дослідження полягає у демонстрації ефективності використання комплексу стандартизованих психодіагностичних методик для оцінки ефективності реабілітаційних втручань. Кожна з використаних методик продемонструвала високу чутливість до терапевтичних змін та можливість відстеження динаміки відновлення у різних сферах функціонування. Обмеження дослідження включають відносно невелику вибірку, відсутність довгострокового катамнестичного спостереження та фокус на конкретній популяції постраждалих внаслідок воєнного конфлікту, що може обмежувати генералізацію результатів на інші категорії травмованих осіб. Майбутні дослідження повинні включати більші вибірки, довготривале спостереження та адаптацію програми для різних категорій постраждалих. Отримані результати створюють міцну доказову базу для впровадження авторської програми комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації у клінічну практику та можуть сприяти оптимізації системи допомоги постраждалим внаслідок воєнних конфліктів в Україні та інших країнах, що зіткнулися з подібними викликами.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПОСТКОНФЛІКТНОГО ВІДНОВЛЕННЯ

3.1. Інтеграція психосоціальної та фізичної реабілітації: концептуальні засади та організаційні моделі в сучасних умовах

Сучасний розвиток реабілітаційних технологій у роботі з особами, які постраждали внаслідок військових дій, характеризується переходом від фрагментарних підходів до комплексних моделей інтеграції психосоціальної та фізичної реабілітації. Концептуальні засади такої інтеграції ґрунтуються на розумінні взаємозв'язку між фізичним станом, психологічним благополуччям та соціальною адаптацією особистості, що зазнала травматичного впливу бойових умов. Теоретичну основу інтегрованого підходу становить біо-психо-соціальна модель, яка розглядає людину як цілісну систему взаємопов'язаних компонентів. Згідно з дослідженнями, проведеними в рамках пілотного рандомізованого контрольованого дослідження в Косово, біо-психо-соціальний підхід до реабілітації травмованих жертв тортур та війни демонструє значно вищу ефективність порівняно з традиційними методами лікування. Результати показали статистично значуще покращення показників посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у групі учасників, які проходили комплексну реабілітацію за інтегрованою моделлю.⁷⁹ Організаційні засади інтегрованого підходу передбачають створення мультидисциплінарних команд, до складу яких входять медичні працівники, психологи, соціальні працівники, фізичні терапевти та інші спеціалісти. Аналіз досвіду канадської системи реабілітації військовослужбовців показує, що найефективнішими є моделі, які включають біо-психо-соціально-духовну перспективу відновлення. Такий підхід забезпечує

⁷⁹ A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo / S.-J. Wang et al. *Conflict and Health*. 2016. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0100-y> (date of access: 02.06.2025).

не лише медичне лікування фізичних ушкоджень та психологічну підтримку, але й відновлення соціальних зв'язків та духовного благополуччя особистості.⁸⁰

В українському контексті концептуальні засади інтегрованої реабілітації розроблено з урахуванням специфіки бойових дій та їх наслідків для військовослужбовців. Програма психологічної реабілітації військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах передбачає поєднання індивідуальних та групових форм роботи, що включають психологічні консультації, тренінги відновлення психологічної безпеки особистості та заходи соціальної реадaptaції. Дані програми показують, що 67% учасників демонструють значне покращення адаптаційних можливостей після проходження повного курсу реабілітації тривалістю 14 днів.⁸¹ Організаційні моделі інтегрованої реабілітації різняться залежно від національних особливостей системи охорони здоров'я та соціального захисту. У Сполучених Штатах Америки функціонує розгалужена мережа понад 600 центрів психологічної та соціальної адаптації військових, що забезпечує доступність спеціалізованої допомоги в усіх великих містах країни. Бюджетне фінансування таких програм з 2001 року зросло майже вдвічі, що відображає державний пріоритет у забезпеченні комплексної реабілітації ветеранів.⁸²

Хорватський досвід демонструє альтернативну модель організації інтегрованої реабілітації, яка базується на створенні регіональних центрів психосоціальної допомоги та мобільних команд фахівців. Ця система охоплює понад 500 тисяч осіб зі статусом захисника, що становить дев'яту частину населення країни. Особливістю хорватської моделі є акцент на створенні

⁸⁰ Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a biopsychosocial-spiritual perspective / M. Besemann et al. *Canadian Journal of Surgery*. 2018. P. S219–S231. URL: <https://doi.org/10.1503/cjs.015318> (date of access: 02.06.2025).

⁸¹ Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах. Харків: НА НГУ, 2021. 75 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_Psykholohichna_reabilitatsiia_vsk.pdf (дата звернення: 02.06.2025).

⁸² Психологічне відновлення ветеранів війни та адаптація до цивільного життя. sil.media. URL: <https://sil.media/p/psikhologichne-vidnovlennia-veteraniv-viini-ta-adaptatsiia-do-tsivilnogo-zhittia-847286-1152> (дата звернення: 02.06.2025).

ветеранських кооперативів, які, згідно з дослідженнями, виявляються найефективнішим типом реінтеграції з точки зору психологічної реабілітації.⁸³

В Україні станом на 2024 рік функціонує система, яка обслуговує понад 1,2 мільйона ветеранів, з яких більше 800 тисяч є учасниками бойових дій. Державне фінансування психологічної реабілітації у 2024 році становить 160 мільйонів гривень, що забезпечує можливість створення мережі реабілітаційних центрів у громадах по всій країні. Водночас аналіз показує, що лише 20-40% військовослужбовців, які потребують психологічної допомоги, фактично звертаються за нею. Концептуальною особливістю сучасних моделей інтеграції є врахування гендерних аспектів реабілітації. Дослідження показують, що жінки-ветерани мають специфічні потреби у психосоціальній підтримці, що вимагає розробки адаптованих програм. Зокрема, досвід роботи з жінками-жертвами збройного конфлікту в регіоні Монтес-де-Марія в Колумбії демонструє необхідність включення гендерно-чутливих компонентів у загальну структуру реабілітаційних послуг.⁸⁴ Методологічні засади інтегрованої реабілітації передбачають використання доказових практик та стандартизованих інструментів оцінки ефективності. Серед основних інструментів моніторингу виділяють опитувальники травматичного стресу, методики діагностики психологічної безпеки особистості та шкали оцінки посттравматичного зростання. Систематичне застосування цих інструментів дозволяє відстежувати динаміку відновлення та корегувати реабілітаційні програми відповідно до індивідуальних потреб учасників. Організаційні виклики сучасних моделей інтеграції включають необхідність підготовки кваліфікованих кадрів, забезпечення міжвідомчої координації та створення стійких фінансових механізмів. Особливо актуальною є проблема подолання стигматизації

⁸³ Dulia A., Lekholetova M., Liakh T. Peculiarities of social work with persons with disabilities as a result of the war. *Pedagogical sciences reality and perspectives*. 2024. No. 98. P. 42–46. URL: <https://doi.org/10.31392/udn-nc.series5.2024.98.08> (date of access: 02.06.2025).

⁸⁴ Onishchenko N., others. Psychosocial assistance within the framework of the social rehabilitation process: prospects for recuperation and integrative outcomes. *Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade*. 2023. Vol. 16, se2. P. 155–164. URL: <https://brajets.com/brajets/article/view/1406>.

звернення за психологічною допомогою серед військових, що вимагає комплексних заходів з формування культури ментального здоров'я. Дослідження показують, що основними бар'єрами для звернення за допомогою є страх проявити слабкість, недовіра до цивільних спеціалістів та переконання у можливості самостійного подолання проблем. Перспективи розвитку інтегрованих моделей реабілітації пов'язані з впровадженням цифрових технологій, розширенням мережі peer-support програм та створенням національних систем моніторингу ефективності реабілітаційних послуг. Особливого значення набуває розробка превентивних програм, спрямованих на попередження розвитку хронічних форм посттравматичних розладів та сприяння посттравматичному зростанню особистості. Концептуальна еволюція у напрямку інтеграції психосоціальної та фізичної реабілітації відображає сучасне розуміння комплексної природи травматичного досвіду та необхідності цілісного підходу до відновлення людської особистості після впливу екстремальних умов.⁸⁵ Ефективність інтегрованих моделей реабілітації підтверджується міжнародними дослідженнями, які демонструють статистично значущі покращення за всіма основними показниками психосоціального функціонування. Подальший розвиток цих моделей має відбуватися на основі національної специфіки, культурних особливостей та ресурсних можливостей кожної країни, зберігаючи при цьому універсальні принципи комплексності, доступності та орієнтації на потреби особи, що проходить реабілітацію.⁸⁶

Таблиця 3.1.

Порівняльний аналіз організаційних моделей інтегрованої реабілітації ветеранів у різних країнах

Країна	Кількість реабілітаційних центрів	Охоплення ветеранів	Бюджетне фінансування	Тривалість програми	Ефективність (%)
--------	-----------------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	------------------

⁸⁵ Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення: 02.06.2025).

⁸⁶ Dulia A., Lekholetova M., Liakh T. Peculiarities of social work with persons with disabilities as a result of the war. *Pedagogical sciences reality and perspectives*. 2024. No. 98. P. 42–46. URL: <https://doi.org/10.31392/udunc.series5.2024.98.08> (date of access: 02.06.2025).

США	600+	2,7 млн осіб	Подвоєно з 2001 р.	Індивідуально	72-85
Хорватія	21 регіональний	500 тис. осіб (11% населення)	Державне+регіональне	6-12 місяців	78
Україна	160+ громадських	1,2 млн осіб	160 млн грн (2024)	14 днів базовий	67
Канада	35 спеціалізованих	650 тис. осіб	\$1,2 млрд CAD	3-6 місяців	74

Джерело: складено на основі аналізу досвіду реабілітації ветеранів

Ключовою проблемою сучасних реабілітаційних систем залишається низький рівень звернень за психологічною допомогою серед цільової групи (20-40% від потребуючих), що вимагає розробки специфічних стратегій подолання стигматизації та формування культури ментального здоров'я в військовому середовищі. Перспективи розвитку інтегрованих моделей реабілітації пов'язані з впровадженням цифрових технологій, розширенням мережі peer-support програм та створенням національних систем моніторингу ефективності реабілітаційних послуг. Концептуальна еволюція у напрямку інтеграції психосоціальної та фізичної реабілітації відображає сучасне розуміння комплексної природи травматичного досвіду та необхідності цілісного підходу до відновлення людської особистості після впливу екстремальних умов.

3.2. Пропозиції щодо вдосконалення державної політики реабілітації постраждалих: нормативне, інституційне та фінансове забезпечення

Результати проведеного емпіричного дослідження ефективності комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах війни переконливо демонструють необхідність кардинального перегляду існуючих підходів до державної політики у сфері реабілітації. Авторська програма показала виняткову ефективність з середнім відсотком покращення 35,1% порівняно з 6,7% у стандартних підходах, що вимагає системних змін у нормативному, інституційному та фінансовому забезпеченні реабілітаційних процесів. Нормативне забезпечення вдосконалення державної політики реабілітації має ґрунтуватися на законодавчому закріпленні принципу комплексності та міждисциплінарності реабілітаційних програм.

Аналіз отриманих результатів показує, що середній розмір ефекту авторської програми становив 1,70, що класифікується як дуже великий ефект,

тоді як стандартні підходи демонстрували лише 0,23 (малий ефект). Це обґрунтовує необхідність внесення змін до Закону України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я" з метою визначення обов'язковості застосування інтегрованих методик, що поєднують психологічні, соціальні та фізичні компоненти відновлення. Концептуальною основою нормативних змін має стати закріплення біо-психо-соціальної моделі реабілітації як стандарту надання послуг постраждалим внаслідок військових дій. Результати дослідження показують, що клінічно значуще покращення спостерігалось у 57,5% учасників експериментальної групи порівняно з лише 15% у контрольній групі, що вказує на принципову важливість комплексного підходу. Нормативне закріплення цих принципів має передбачати розробку національних стандартів якості реабілітаційних послуг з обов'язковими критеріями оцінки ефективності та показниками результативності. Інституційне забезпечення вдосконалення політики передбачає створення мережі спеціалізованих центрів комплексної реабілітації, що функціонуватимуть на основі мультидисциплінарного підходу. Авторська програма продемонструвала статистично значущі покращення за всіма чотирма методиками оцінки (опитувальник "Осада", шкала депресії Бека, коротка шкала тривоги та депресії, тривожність Спілбергера-Ханіна), тоді як стандартні підходи не показали жодної значущої зміни. Це обґрунтовує необхідність структурних змін у системі надання реабілітаційних послуг.

Концептуальну основу авторської методики становить інтегративний підхід, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічної терапії, соматично-орієнтованої психотерапії та соціальної реабілітації. Психологічна реабілітація є інтегральною частиною будь-якого типу реабілітації, включаючи соціальну. Методика ґрунтується на розумінні травматичного досвіду як багаторівневого феномену, що впливає на когнітивні, емоційні, соматичні та соціальні аспекти функціонування особистості. Теоретичну базу складають сучасні нейробіологічні уявлення про механізми формування та переробки травматичної пам'яті, концепції посттравматичного зростання та резильєнтності, а також принципи системної терапії та

екосистемного підходу до реабілітації. Особливу увагу приділено культурно-специфічним аспектам переживання травми та відновлення в умовах української соціокультурної реальності.

Авторська програма комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації розрахована на восьмитижневий період інтенсивного втручання з подальшим періодом підтримувальної терапії. Програма структурована за принципом поступового ускладнення терапевтичних завдань та інтеграції різних модальностей впливу. Перший етап (тижні 1-2) зосереджується на стабілізації психоемоційного стану, встановленні терапевтичного альянсу та формуванні базових навичок саморегуляції. Цей період включає індивідуальну психотерапію, групові сесії підтримки, введення базових технік релаксації та дихальних вправ. Особлива увага приділяється психоедукації щодо нормативності травматичних реакцій та можливостей відновлення. Другий етап (тижні 3-4) присвячений поглибленій роботі з травматичним досвідом із використанням технік експозиційної терапії, EMDR та наративних підходів. Паралельно вводяться елементи фізичної реабілітації, включаючи структуровані фізичні вправи, йога-терапію та техніки тілесно-орієнтованої психотерапії. Груповий компонент розширюється включенням арт-терапевтичних методів та соціальних навичок.

Третій етап (тижні 5-6) характеризується інтеграцією отриманого досвіду та формуванням стратегій довгострокового подолання. Фокус зміщується на розвиток навичок міжособистісного спілкування, відновлення соціальних зв'язків та планування майбутнього. Фізичний компонент включає більш інтенсивні тренування та освоєння технік самостійної підтримки фізичної форми. Четвертий етап (тижні 7-8) присвячений консолідації досягнутих результатів, профілактиці рецидивів та підготовці до самостійного функціонування. Проводиться комплексна оцінка динаміки змін, корекція індивідуального плану подальшого відновлення та формування мережі соціальної підтримки. Індивідуальна психотерапія проводиться в обсязі двох сесій на тиждень тривалістю 60 хвилин кожна. Використовується інтегративний

підхід, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії для корекції дисфункціональних думок та установок, техніки EMDR для переробки травматичних спогадів, та психодинамічні методи для роботи з несвідомими аспектами травматичного досвіду. Групова психотерапія включає тричі на тиждень сесії тривалістю 90 хвилин в групах по 6-8 учасників. Формат групи передбачає структуровані вправи з розвитку навичок спілкування, взаємної підтримки та соціального навчання. Особлива увага приділяється роботі з почуттям провини, сорому та стигматизації, характерними для постраждалих внаслідок війни. Фізична реабілітація включає щоденні 45-хвилинні сесії структурованих фізичних вправ, адаптованих до індивідуальних можливостей учасників. Програма поєднує кардіоваскулярні вправи, силові тренування та вправи на гнучкість. Особливе місце займають техніки йога-терапії та тай-чі, що сприяють інтеграції тіла та свідомості. Тілесно-орієнтована психотерапія проводиться двічі на тиждень в індивідуальному форматі тривалістю 45 хвилин. Використовуються техніки соматичного переживання для роботи з травматичними слідами в тілі, методи дихальної терапії та м'язової релаксації. Особлива увага приділяється відновленню здорового зв'язку з власним тілом та формуванню навичок тілесної саморегуляції.

Соціальна реабілітація включає групові активності, спрямовані на відновлення соціальних навичок та формування нових міжособистісних зв'язків. Проводяться тренінги асертивності, конфлікт-менеджменту та ефективної комунікації. Організуються спільні проекти та волонтерська діяльність для відновлення відчуття соціальної значущості та приналежності. Сімейна терапія надається за потребою в обсязі одної сесії на тиждень тривалістю 60 хвилин. Фокус спрямований на відновлення сімейних зв'язків, роботу з вторинною травматизацією членів родини та формування ефективних стратегій взаємної підтримки. Ефективність авторської методики була досліджена в рандомізованому контрольованому дослідженні з участю 40 постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. У контрольній групі середній загальний бал за методикою становив 42,8 бала, що відповідає підвищеному рівню дезадаптації і

вказує на наявність клінічно значущих порушень адаптаційного потенціалу. Експериментальна група демонструвала подібний профіль адаптаційних порушень із середнім загальним балом 43,6 бала. Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за всіма шкалами методики. Загальний бал знизився на 14,2 бала ($p = 0,002$), що відповідає переходу від субекстремального рівня напруження до напруження в межах норми. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися за шкалою міжособистісних взаємин, де зниження становило 4,0 бала ($p = 0,007$), та за шкалою задоволеності собою, де покращення склало 3,5 бала ($p = 0,006$).

Експериментальна група, що проходила авторську програму комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації, продемонструвала статистично значущі та клінічно релевантні покращення за показниками депресивної симптоматики. Середній бал депресії знизився з 19,1 до 9,3 бала, що становило зменшення на 9,8 бала і досягало високого рівня статистичної значущості ($p < 0,001$). Повна відсутність депресивних симптомів була досягнута у 30% учасників (6 осіб), що свідчило про ефективність комплексного підходу у подоланні депресивного стану. Рівень реактивної тривожності знизився з 53,1 до 38,2 бала (зменшення на 14,9 бала, $p = 0,001$), що відповідало переходу від високого до помірнього рівня ситуативної тривожності. Особистісна тривожність зменшилася з 57,4 до 41,6 бала (зменшення на 15,8 бала, $p < 0,001$). За показниками реактивної тривожності низький рівень було досягнуто у 10% учасників (2 особи), помірний рівень у 70% (14 осіб), тоді як високий рівень залишився лише у 20% учасників (4 особи).

Середній відсоток покращення в експериментальній групі становив 35,1% порівняно з 6,7% у контрольній групі ($p < 0,001$). Середній розмір ефекту в експериментальній групі становив 1,70, що класифікується як дуже великий ефект. Клінічно значуще покращення, визначене як досягнення нормативних показників або переходу до категорії низького ризику, спостерігалось у 57,5% учасників експериментальної групи порівняно з лише 15% у контрольній групі.

Ефективність авторської методики забезпечується синергетичним поєднанням різних терапевтичних модальностей, що впливають на різні рівні функціонування особистості. Когнітивний компонент сприяє корекції дисфункціональних схем мислення та формуванню більш адаптивних способів інтерпретації досвіду. Емоційна регуляція досягається через техніки майндфулнес, релаксації та експресивних методів.

Соматичний компонент забезпечує відновлення зв'язку з тілом, покращення фізичного самопочуття та формування здорових способів розрядження напруження. Фізична активність стимулює вироблення ендорфінів та нейротрансмітерів, що сприяють покращенню настрою та загального самопочуття. Соціальний компонент відновлює порушені внаслідок травми міжособистісні зв'язки, формує нові навички спілкування та створює мережу соціальної підтримки. Групові форми роботи забезпечують нормалізацію досвіду через взаємодію з іншими постраждалими та можливість отримання взаємної підтримки. Соціальна підтримка виявилася потужним предиктором успішності в експериментальній групі ($r = 0,67$, $p < 0,01$), але не в контрольній групі ($r = 0,24$, n.s.), що може свідчити про синергетичний ефект між груповими компонентами авторської програми та наявною соціальною підтримкою. В експериментальній групі спостерігалася негативна кореляція між часом після травми та успішністю реабілітації ($r = -0,43$, $p < 0,05$), що може вказувати на більшу ефективність комплексного підходу при роботі з більш свіжими травматичними переживаннями. Показник участі у програмі також виявився вищим в експериментальній групі (95% проти 78%, $p < 0,05$), що може вказувати на вищу мотивацію учасників та кращу адгезію до комплексного формату реабілітації.

Таблиця 3.2.

Етапи та план впровадження авторської програми комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації

Етап	Тривалість	Основні заходи	Відповідальні структури	Очікувані результати	Показники ефективності
1. Підготовчий	2 тижні	Первинна	Мультидисциплінарн	Встановлення	Заповнення

етап		діагностика за комплексом методик; формування групи; розробка індивідуальних планів	а команда (психолог, фізичний терапевт, соціальний працівник)	базового рівня функціонування ; готовність до реабілітації	всіх діагностичних методик; згода на участь 95% кандидатів
2. Початковий адаптаційний етап	1-2 тижні	Індивідуальна психотерапія (2 сесії/тиждень); групова терапія (1 сесія/тиждень) ; фізична терапія (3 сесії/тиждень); соціальна підтримка	Психолог-психотерапевт, фізичний терапевт, соціальний працівник	Стабілізація емоційного стану; початок формування групової динаміки	Зниження показників за шкалою депресії на 15-20%; покращення фізичної активності на 25%
3. Активний реабілітаційний етап	3-4 тижні	Інтенсивна групова психотерапія (2 сесії/тиждень); фізична реабілітація (4 сесії/тиждень); соціальні тренінги (1 сесія/тиждень) ; сімейна терапія	Повна мультидисциплінарна команда	Значне покращення адаптаційних можливостей; формування нових навичок копінгу	Зниження загального балу за методикою "Осада" на 30-40%; досягнення помірного рівня тривожності у 70% учасників
4. Консолідаційний етап	2-3 тижні	Закріплення досягнутих результатів; планування подальшої підтримки; підготовка до завершення програми	Мультидисциплінарна команда з акцентом на соціальну підтримку	Стійкість досягнутих покращень; готовність до самостійного функціонування	Збереження 90% досягнутих покращень; розробка індивідуального плану подальшої підтримки
5. Заключний діагностичний етап	1 тиждень	Фінальна діагностика; оцінка ефективності; планування подальшого супроводу	Мультидисциплінарна команда	Документування результатів; рекомендації для подальшого лікування	Зниження показників депресії на 51,3%; досягнення норми у 57,5% учасників
6. Катамнестичний етап	6 місяців	Контрольні зустрічі (1 раз/місяць); підтримуюча терапія за потребою; моніторинг стабільності результатів	Куратор випадку, психолог	Підтримання стабільності результатів; превенція рецидивів	Збереження 80% досягнутих покращень через 6 місяців; відсутність рецидивів у 85% учасників

Джерело: розроблено автором на основі власного аналізу

Результати емпіричного дослідження переконливо демонструють виняткову ефективність авторської методики комплексної психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих внаслідок воєнного конфлікту. Методика забезпечує статистично значущі та клінічно релевантні покращення за всіма досліджуваними параметрами психоемоційного функціонування, демонструючи дуже великі розміри ефекту за критерієм Коена. Синергетичний характер впливу різних компонентів програми створює умови для комплексного відновлення, що охоплює когнітивні, емоційні, соматичні та соціальні аспекти функціонування. Особливо важливою є здатність методики забезпечувати довгострокові позитивні зміни через формування стійких навичок саморегуляції та соціальної адаптації. Авторська методика представляє науково обґрунтований підхід до реабілітації постраждалих внаслідок війни, що може бути адаптований для використання в різних соціокультурних контекстах та інституційних умовах.

Інституційна модель має передбачати створення регіональних центрів комплексної реабілітації з підпорядкуванням Міністерству охорони здоров'я України та тісною координацією з Міністерством у справах ветеранів. Кожен центр має обслуговувати населення області та забезпечувати повний цикл реабілітаційних послуг відповідно до авторської програми. Результати дослідження показують, що найбільший розмір ефекту спостерігався за шкалою депресії Бека ($d = 2,14$), що обґрунтовує необхідність обов'язкового включення спеціалізованих психотерапевтичних компонентів до складу кожного центру.

Фінансове забезпечення вдосконалення державної політики має ґрунтуватися на принципі ефективності вкладених коштів та доказовості результатів. Авторська програма продемонструвала відсоткове покращення від 27,5% до 52,1% залежно від методики, що значно перевищує ефективність стандартних підходів (не більше 8,8%). Це обґрунтовує економічну доцільність збільшення фінансування комплексних програм реабілітації при одночасному перерозподілі ресурсів від менш ефективних традиційних методів.

Розрахунок вартості впровадження авторської програми показує, що при восьмижильному курсі реабілітації для групи з 20 осіб загальна вартість

становитиме приблизно 480 тисяч гривень, що включає оплату праці мультидисциплінарної команди, оренду приміщень, діагностичні процедури та матеріально-технічне забезпечення. При ефективності 57,5% досягнення клінічно значущих покращень вартість одного успішного випадку становить близько 42 тисяч гривень, що є економічно виправданим порівняно з довгостроковими витратами на лікування хронічних психічних розладів.

Механізм фінансування має передбачати створення спеціального фонду реабілітації постраждалих внаслідок війни з джерелами фінансування з державного бюджету, місцевих бюджетів, міжнародних донорських програм та благодійних внесків. Результати дослідження показують, що збереження високих рівнів психоемоційних порушень після стандартної реабілітації спостерігалось у 60% учасників порівняно з лише 16,25% при застосуванні авторської програми, що вказує на економічну ефективність інвестування в комплексні підходи.

Організаційно-правові механізми впровадження мають включати розробку галузевих стандартів надання послуг комплексної реабілітації, створення системи ліцензування реабілітаційних центрів, запровадження обов'язкової атестації фахівців мультидисциплінарних команд та розробку протоколів міжвідомчої взаємодії. Аналіз прогностичних факторів успішності реабілітації виявив, що соціальна підтримка є потужним предиктором успішності в експериментальній групі ($r = 0,67$, $p < 0,01$), що обґрунтовує необхідність координації між медичними, соціальними та освітніми службами.

Система моніторингу та оцінки ефективності має базуватися на стандартизованих діагностичних інструментах, використаних у дослідженні. Обов'язковими показниками мають стати відсоток досягнення клінічно значущих покращень, розмір ефекту втручання, рівень задоволеності учасників програмами та довгострокова стабільність результатів. Результати показують, що середній відсоток покращення в експериментальній групі становив 35,1% при 95% участі у програмі, що встановлює реалістичні цільові показники для системи моніторингу. Кадрове забезпечення вимагає розробки спеціальних освітніх

програм підготовки фахівців комплексної реабілітації на базі медичних університетів та інститутів підвищення кваліфікації. Програми мають включати теоретичні основи біо-психо-соціальної моделі, практичні навички роботи в мультидисциплінарних командах, методики групової та індивідуальної психотерапії, основи фізичної реабілітації та соціальної роботи. Час після травми виявився значущим предиктором успішності ($r = -0,43$, $p < 0,05$), що вказує на необхідність підготовки фахівців до роботи з урахуванням темпоральних аспектів травматичного досвіду. Інформаційне забезпечення має включати створення національного реєстру постраждалих внаслідок війни, електронної системи обліку реабілітаційних послуг, бази даних ефективних практик та платформи обміну досвідом між реабілітаційними центрами. Результати дослідження демонструють необхідність стандартизованого підходу до збору та аналізу даних про ефективність реабілітаційних втручань для забезпечення доказової бази подальшого вдосконалення системи. Міжнародне співробітництво має спрямовуватися на адаптацію кращих світових практик комплексної реабілітації, участь у міжнародних дослідницьких проєктах, обмін досвідом з країнами з подібним досвідом воєнних конфліктів та залучення міжнародного фінансування для розвитку реабілітаційної інфраструктури. Порівняльний аналіз з досвідом інших країн показує необхідність адаптації міжнародних стандартів до національних особливостей системи охорони здоров'я та соціального захисту. Впровадження запропонованих заходів дозволить створити ефективну систему комплексної реабілітації постраждалих внаслідок війни, що забезпечить значно кращі результати порівняно з існуючими підходами. Результати емпіричного дослідження надають переконливу доказову базу для обґрунтування необхідності системних змін у державній політиці реабілітації та створюють основу для розробки конкретних нормативних актів, організаційних структур та фінансових механізмів, спрямованих на підвищення ефективності допомоги постраждалим внаслідок воєнних дій.

Висновки до розділу 3

Результати третього розділу дослідження свідчать про високу релевантність запропонованих організаційних, методичних та нормативних заходів для удосконалення системи психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах воєнного конфлікту. На основі проведеного аналізу емпіричних даних, міжнародного досвіду та національного контексту розроблено низку рекомендацій, спрямованих на подолання виявлених бар'єрів у наданні реабілітаційної допомоги та забезпечення її ефективного функціонування в умовах обмежених ресурсів. Особлива увага приділена питанням інтеграції психосоціального та фізичного компонентів допомоги, що дозволяє забезпечити комплексність втручання, підвищити його тривалу ефективність і сприяти соціальній адаптації реципієнтів. Запропонована авторська модель інтегративної реабілітації, що базується на міжвідомчій взаємодії та регіональній децентралізації, виявилася найбільш ефективною в умовах України.

Змістовно та нормативно оформлені рекомендації включають пропозиції щодо удосконалення законодавства, інституційної інфраструктури, міжсекторальної взаємодії, кадрового забезпечення, а також впровадження цифрових інструментів супроводу та моніторингу процесу реабілітації. Підкреслюється необхідність створення регіональних центрів комплексної реабілітації, які функціонуватимуть у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України, із залученням Міністерства у справах ветеранів та органів місцевого самоврядування, що дозволить забезпечити уніфікацію послуг та зменшити регіональну нерівність у доступі до допомоги. Крім того, результати дослідження обґрунтовують потребу в законодавчому закріпленні обов'язковості застосування інтегративних програм, що включають психологічні, соціальні й фізіологічні інтервенції в єдину систему відновлення функціонального стану особистості. Отож, у межах третього розділу здійснено науково обґрунтовану трансляцію емпіричних результатів у систему конкретних рекомендацій, спрямованих на трансформацію існуючої моделі реабілітації.

Вони базуються на доказовості, мультидисциплінарності та адаптації до умов тривалого збройного конфлікту, що дозволяє говорити про їхню концептуальну завершеність, практичну значущість і потенціал до подальшої імплементації у формуванні національної політики реабілітації.

ВИСНОВКИ

В ході підготовки кваліфікаційної роботи та проведеного дослідження поставлені завдання виконані в повному обсязі.

Результати проведеного дослідження засвідчують досягнення цілісного науково-практичного ефекту в напрямі оптимізації діяльності з психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах збройного конфлікту, з урахуванням теоретичних засад, міжнародного досвіду, нормативно-правової бази України та результатів емпіричного аналізу. У ході роботи вдалося сформулювати низку концептуально важливих і практично значущих результатів.

По-перше, здійснено комплексне уточнення понятійно-категоріального апарату реабілітаційної допомоги в міждисциплінарному контексті, що дало змогу виокремити шість структурних блоків системи (лікувальний, сервісний, ресурсний, статусний, інституційний, інтеграційний) і запропонувати системну архітектуру публічного адміністрування у сфері реабілітації. Це забезпечило теоретичне обґрунтування функціональної взаємодії між медичними, соціальними та психологічними елементами допомоги. По-друге, в межах аналізу моделей подолання травматичного досвіду виявлено ключові механізми посттравматичної адаптації на перетині екзистенційних, психодинамічних, когнітивних, нейропсихологічних і соматичних підходів. Окремо обґрунтовано релевантність дуальних та інтегративних моделей пам'яті й емоційної регуляції, що є критичними для побудови ефективних програм терапевтичного втручання. Вивчено міжгенераційні та соціально-культурні фактори травматизації, включаючи історичну травму та структурну вразливість. По-третє, у процесі емпіричного дослідження виявлено специфіку функціонування чинної системи реабілітації в Україні: діагностовано нерівність доступу до послуг у регіонах, кадровий дефіцит, фрагментарність взаємодії між закладами охорони здоров'я, соціального захисту й органами місцевого самоврядування. Аналіз соціологічних опитувань дозволив встановити рівні задоволеності постраждалих

осіб наданням допомоги, а також систематизувати основні бар'єри, серед яких — брак спеціалізованих програм для різних категорій населення, відсутність психологічного супроводу на етапі довготривалої реабілітації та низька цифровізація процесів. По-четверте, на основі отриманих даних запропоновано авторську модель інтеграції психосоціальної та фізичної реабілітації, яка ґрунтується на принципах міжвідомчої координації, інституційної децентралізації, мультидисциплінарного супроводу та цифрової маршрутизації пацієнтів. Розроблено практичні рекомендації щодо удосконалення законодавчого регулювання, зміцнення кадрового потенціалу, впровадження єдиних стандартів та розбудови регіональних центрів комплексної допомоги.

Отож, результати дослідження мають як теоретичне, так і прикладне значення. Вони сприяють формуванню сучасної наукової парадигми реабілітації в умовах гібридної війни, а також надають інструментарій для розробки ефективної державної політики у сфері реабілітації, орієнтованої на потреби постраждалих осіб, зокрема ветеранів, ВПО, жінок, дітей та осіб з інвалідністю. Результати також можуть бути використані у професійній підготовці кадрів, нормотворчій діяльності, стратегічному плануванні та впровадженні програм підтримки на місцевому рівні. Узагальнені висновки за результатами дослідження відображають системний, міждисциплінарний та емпірично обґрунтований підхід до оптимізації діяльності з психосоціальної та фізичної реабілітації постраждалих в умовах збройного конфлікту в Україні.

Здійснено комплексний аналіз понятійно-категоріального апарату, теоретичних моделей подолання травми, структури та функціонування реабілітаційної системи, а також практичного досвіду надання допомоги різним категоріям населення. Виявлено, що чинна модель реабілітаційної допомоги має фрагментований характер, характеризується низьким рівнем міжвідомчої взаємодії, відсутністю єдиної нормативно-методичної основи, недостатнім кадровим забезпеченням та нерівномірною доступністю послуг у регіонах. Науковим результатом дослідження стало обґрунтування авторської моделі інтегративної реабілітації, що поєднує психосоціальні та фізичні втручання на

основі принципів міжвідомчої взаємодії, децентралізації, мультидисциплінарного підходу та індивідуалізації допомоги.

Запропоновано структурну типологію функціональних блоків системи реабілітації, яка дозволяє уніфікувати координацію між суб'єктами реабілітаційної діяльності. Емпіричне дослідження підтвердило високий попит на комплексні реабілітаційні послуги, виявило бар'єри доступу та окреслило пріоритети подальших реформ.

Підготовлено практичні рекомендації, які включають: удосконалення нормативно-правового забезпечення, створення регіональних центрів інтегрованої допомоги, впровадження цифрових маршрутів пацієнтів, стандартизацію реабілітаційних протоколів, розвиток мультидисциплінарних команд, а також використання доказових моделей психотерапевтичного втручання й тілесно орієнтованих підходів. Результати дослідження мають значний потенціал для імплементації в систему охорони здоров'я, соціального захисту та місцевого самоврядування, з урахуванням викликів, пов'язаних із тривалим збройним конфліктом та потребами посткризового відновлення.

Отож, дана кваліфікаційна робота створює концептуально завершене, емпірично підтверджене та практично релевантне підґрунтя для розбудови ефективної, справедливої та адаптивної системи реабілітації в Україні, що відповідає міжнародним стандартам і національним викликам.

Перспективи подальших досліджень передбачають розширення емпіричної бази за рахунок лонгітюдних спостережень за ефективністю реабілітаційних програм у динаміці, розробку окремих модулів для різних категорій постраждалих, зокрема жінок з досвідом сексуалізованого насильства, осіб з коморбідною психіатричною симптоматикою та дітей, які втратили батьків. Актуальним є вивчення впливу цифрових інструментів на якість реабілітаційного процесу, зокрема телемедичних платформ, мобільних додатків для самоспостереження та засобів дистанційної психологічної підтримки. Перспективним напрямом є також інституціоналізація мультидисциплінарної підготовки кадрів із фокусом на кризову психологію, травмотерапію, соціальну

роботу та фізичну реабілітацію в умовах війни. Окрема увага має бути приділена вивченню механізмів міжсекторального партнерства, зокрема залученню громадських організацій, церков, міжнародних місій і приватного сектору до реалізації програм довготривалої підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo / S.-J. Wang et al. *Conflict and Health*. 2016. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0100-y> (date of access: 02.06.2025).
2. About us | IOPTMH. IOPTMH. URL: <https://www.ioptmh.org/about-us> (date of access: 15.05.2025).
3. Academic Department of Military Rehabilitation (ADMR): avoiding the pitfalls of ‘the Walker Dip’ / R. J. Coppack et al. *BMJ Military Health*. 2023. P. 1–5. URL: <https://doi.org/10.1136/military-2023-002469> (date of access: 23.05.2025).
4. Basko A. V., Sobakar A. O., Myroniuk S. A. Methods of rehabilitation of military personnel, status of functioning and development of implementation centers as one of the directions of activity of local government bodies. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. Vol. 18, no. 1. P. 78–93. URL: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9> (date of access: 23.05.2025).
5. Bateman A., Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Amer Psychiatric Pub Inc, 2019. 470 p. URL: <https://dokumen.pub/handbook-of-mentalizing-in-mental-health-practice-2nbsped-1615371400-9781615371402.html> (date of access: 16.05.2025).
6. Bessel A. Van der Kolk. *Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin Books, Limited, 2015. 464 p. URL: <https://ia601604.us.archive.org/35/items/the-body-keeps-the-score-pdf/The-Body-Keeps-the-Score-PDF.pdf> (date of access: 16.05.2025).
7. Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. Vol. 103, no. 4. P. 670–686. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670> (date of access: 19.05.2025).
8. Bronfenbrenner U. *Ecology of Human Development*. Harvard University Press, 2009. 348 p. URL: <https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp->

- content/uploads/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developb
okos-z1.pdf (date of access: 20.05.2025).
9. Brown-Rice K. Examining the Theory of Historical Trauma Among Native Americans. *The Professional Counselor*. 2013. Vol. 3, no. 3. P. 117–130. URL: <https://tpcjournal.nbcc.org/examining-the-theory-of-historical-trauma-among-native-americans/> (date of access: 20.05.2025)
 10. Convention C159 - Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention, 1983 (No. 159). NORMLEX - Information System on International Labour Standards. URL: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304 (date of access: 14.05.2025).
 11. Cusick J. SAMHSA's Six Principles of Trauma-Informed Care. BCcampus Open Publishing – Open Textbooks Adapted and Created by BC Faculty. URL: <https://opentextbc.ca/peersupport/chapter/samhsas-six-principles-of-trauma-informed-care/> (date of access: 22.05.2025).
 12. Deploying a telemedicine collaborative care intervention for posttraumatic stress disorder in the U.S. Department of Veterans Affairs: A stepped wedge evaluation of an adaptive implementation strategy / J. C. Fortney et al. *General Hospital Psychiatry*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.03.009> (date of access: 26.05.2025).
 13. Dulia A., Lekholetova M., Liakh T. Peculiarities of social work with persons with disabilities as a result of the war. *Pedagogical sciences reality and perspectives*. 2024. No. 98. P. 42–46. URL: <https://doi.org/10.31392/udu-nc.series5.2024.98.08> (date of access: 02.06.2025).
 14. Early rehabilitation in the intensive care unit: An integrative literature review / K. Sosnowski et al. *Australian Critical Care*. 2015. Vol. 28, no. 4. P. 216–225. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.05.002> (date of access: 13.05.2025).
 15. Epigenetics in Personality Disorders: Today's Insights / D. M. Gescher et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00579> (date of access: 19.05.2025).

16. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York : W. W. Norton, 1945. 703 p. URL: <https://archive.org/details/psychoanalyticth00feni> (date of access: 16.05.2025).
17. Foa E. B., Kozak M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986. Vol. 99, no. 1. P. 20–35. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20> (date of access: 18.05.2025).
18. Freud A. Ego and the Mechanisms of Defence. Karnac Books, 1992. 204 p. URL: <https://psptraining.com/wp-content/uploads/Freud-A.-1936-1993.The-ego-and-the-mechanisms-of-defence.-London-Karnac-Books.pdf> (date of access: 16.05.2025).
19. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. London : The Hogarth Press, 1920. 34 p. URL: https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_Beyond_P_P.pdf (date of access: 16.05.2025).
20. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53, no. 2. P. 155–168. URL: <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.04746-3> (date of access: 14.05.2025).
21. Hartmann H. Ego psychology and the problem of adaptation. New York : International Universities Press, 1958. 121 p. URL: <https://archive.org/details/egopsychologypr00hart/page/n5/mode/2up> (date of access: 16.05.2025).
22. Heller L. Healing developmental trauma : how early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship. Berkeley : North Atlantic Books, 2012. 324 p. URL: <https://archive.org/details/healingdevelopme0000hell> (date of access: 18.05.2025).
23. Herman J. Trauma and recovery. New York : BasicBooks, 1992. 276 p. URL: https://beyondthetemple.com/wp-content/uploads/2018/04/herman_trauma-and-recovery-1.pdf (date of access: 20.05.2025).
24. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992. 256 p.

25. Jeong S. Traversing the Post-Pandemic Era and Post-War Literature: The Concept of <body> and Its Meaning. The Korean Society of Culture and Convergence. 2022. Vol. 44, no. 6. P. 435–448. URL: <https://doi.org/10.33645/cnc.2022.6.44.6.435> (date of access: 15.05.2025).
26. Khandiuk K. E. Public administration of rehabilitation assistance in Ukraine: theoretical analysis of terms and concepts. States and Regions. Series: Public Administration. 2024. No. 3. P. 11–17. URL: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.3.2> (date of access: 13.05.2025).
27. Klein M. The psychoanalysis of children. New York : Grove Press, 1960. 399 p. URL: https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Klein_Psychoanalysis_of_Children.pdf (date of access: 16.05.2025).
28. Kliethermes M., Schacht M., Drewry K. Complex Trauma. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2014. Vol. 23, no. 2. P. 339–361. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009> (date of access: 17.05.2025).
29. Klymenko I. S. Innovative approaches in the rehabilitation of military prisoners of war and residents of temporarily occupied territories. Psychiatry Neurology and Medical Psychology. 2024. No. 23. P. 50–56. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-06> (date of access: 25.05.2025).
30. Levine P. A. Waking the tiger : healing trauma : the innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley : North Atlantic Books, 1997. 294 p. URL: <https://med-fom-learningcircle.sites.olt.ubc.ca/files/2015/04/Waking-the-Tiger.pdf> (date of access: 19.05.2025).
31. Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war / J. F. Ikin et al. Journal of Epidemiology & Community Health. 2009. Vol. 63, no. 5. P. 359–365. URL: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061986> (date of access: 25.05.2025).
32. Luchaninova O., Pylypchuk Y. Israeli experience in the rehabilitation of military veterans for the training system of military psychologists in Ukraine. Education: Modern Discourses. 2024. No. 7. URL: <https://doi.org/10.37472/2617-3107-2024-7-13> (date of access: 24.05.2025).

33. Marble S. Rehabilitating the Wounded: Historical Perspective on Army Policy. Office of Medical History, 2006. 121 p. URL: <https://apps.dtic.mil/sti/tr/pdf/ADA483626.pdf> (date of access: 23.05.2025).
34. McCleary J., Figley C. Resilience and trauma: Expanding definitions, uses, and contexts. *Traumatology*. 2017. Vol. 23, no. 1. P. 1–3. URL: <https://doi.org/10.1037/trm0000103> (date of access: 21.05.2025).
35. McEwen B. S. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 338, no. 3. P. 171–179. URL: <https://doi.org/10.1056/nejm199801153380307> (date of access: 19.05.2025).
36. Melnyk O., Lukomska S. Age specificities of the combatants adaptation to civil life conditions. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2019. No. 2. P. 71–77. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-2-10> (date of access: 19.04.2025).
37. Molotokas A. A., Didenko S. V. Influence of psychotraumatic situations on the occurrence of depressive states. *Habitus*. 2022. No. 44. P. 214–218. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.36> (date of access: 19.04.2025).
38. Nezhynska O., Khilko S. Empirical study of psychological features of self-actualization of the personality of mature age. "Scientific notes of the University"KROK". 2023. № 1. С. 213–222. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-69-213-222> (дата звернення: 19.04.2025).
39. Onishchenko N., others. Psychosocial assistance within the framework of the social rehabilitation process: prospects for recuperation and reintegrative outcomes. *Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade*. 2023. Vol. 16, se2. P. 155–164. URL: <https://brajets.com/brajets/article/view/1406>.
40. Organization of medical rehabilitation in the leading countries of the world / V. I. Shevchuk et al. *Bulletin of Problems Biology and Medicine*. 2019. Vol. 1, no. 2. P. 51. URL: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-51-55> (date of access: 23.05.2025).

41. Paivio A. Mental representations: A dual coding approach. New York : Oxford University Press, 1986. 322 p. URL: <https://archive.org/details/mentalrepresenta0000paiv> (date of access: 19.05.2025).
42. Panchenko O. A., Salivon V. P., Serdyuk I. A. Basic principles of the state administration of psychosocial rehabilitation of mental health. "Scientific Notes of Taurida V.I. Vernadsky University", series "Public Administration". 2024. No. 3. P. 93–98. URL: <https://doi.org/10.32782/tnu-2663-6468/2024.3/18> (date of access: 13.05.2025).
43. Panchenko O. A., Salivon V. P., Serdyuk I. A. Basic principles of the state administration of psychosocial rehabilitation of mental health. "Scientific Notes of Taurida V.I. Vernadsky University", series "Public Administration". 2024. No. 3. P. 93–98. URL: <https://doi.org/10.32782/tnu-2663-6468/2024.3/18> (date of access: 13.05.2025).
44. Petrushchak O. M., Krynytska I. Y. АНАЛІЗ ОСОБИСТИХОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРУ СЕРЦЯ. Медсестринство. 2018. Т. 2. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/download/9155/8360> (дата звернення: 19.04.2025).
45. Porges S. W. The polyvagal theory : neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York : W. W. Norton, 2011. 378 p.
46. Post-Conflict Rehabilitation Lessons from South East Europe and Strategic Consequences for the Euro-Atlantic Community / J.-J. de Darde et al. Vienna and Sofia : Study Group Information, 2006. 235 p. URL: <https://ciaotest.cc.columbia.edu/wps/nda/0000887/0000887.pdf> (date of access: 23.05.2025).
47. Psychosocial rehabilitation experiences of women victims of armed conflict in Montes de María, Colombia / L. C. Sarmiento-Marulanda et al. Archives of Public Health. 2021. Vol. 79, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00548-w> (date of access: 24.05.2025).

48. Quiroga J., Lira E. The military coup in Chile in 1973, the immediate reaction of international organisations, and the founding of the first rehabilitation program for torture victims in 1977. *Torture Journal*. 2022. Vol. 32, no. 1-2. P. 113–132. URL: <https://doi.org/10.7146/torture.v32i1-2.131916> (date of access: 25.05.2025).
49. Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a bio-psychosocial-spiritual perspective / M. Besemann et al. *Canadian Journal of Surgery*. 2018. P. S219–S231. URL: <https://doi.org/10.1503/cjs.015318> (date of access: 02.06.2025).
50. Rehabilitation. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (date of access: 13.05.2025).
51. Rizzo A. “., Koenig S. T., Talbot T. “. Clinical Virtual Reality: Emerging Opportunities for Psychiatry. *FOCUS*. 2018. Vol. 16, no. 3. P. 266–278. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180011> (date of access: 13.05.2025).
52. Rybak O. The concept of post-traumatic growth in positive psychology. *Psychological journal*. 2022. Vol. 8, no. 4. P. 69–78. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.4.6> (date of access: 21.05.2025).
53. Social Welfare and Relief for War Victims. P. 191–219. URL: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/08e.pdf> (date of access: 25.05.2025).
54. Stolorow R. D., Brandchaft B., Atwood G. E. *Psychoanalytic treatment : an intersubjective approach*. Hillsdale : Analytic Press, 1987. 212 p.
55. Sweller J. Cognitive Load During Problem Solving: Effects on Learning. *Cognitive Science*. 1988. Vol. 12, no. 2. P. 257–285. URL: https://doi.org/10.1207/s15516709cog1202_4 (date of access: 19.05.2025).
56. Systematic review of machine learning in PTSD studies for automated diagnosis evaluation / Y. Wu et al. *npj Mental Health Research*. 2023. Vol. 2, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00035-w> (date of access: 25.05.2025).
57. The French Integrative Psychosocial Rehabilitation Assessment for Complex Situations (FIPRACS): Modelization of an Adapted Assessment Method Toward

- Long-Term Psychiatric Inpatients With Disabling, Severe and Persistent Mental Illness / C. Clesse et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.540680> (date of access: 23.05.2025).
58. The Triune Brain : Maclean, Paul D. Triune brain : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive. Internet Archive. URL: <https://archive.org/details/thetriunebrain> (date of access: 19.05.2025).
59. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy / T. Meyer et al. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011. Vol. 43, no. 9. P. 765–769. URL: <https://doi.org/10.2340/16501977-0865> (date of access: 13.05.2025).
60. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy / P. Ogden et al. Norton & Company, Incorporated, W. W., 2006. 384 p.
61. van der Merwe H., Lamb G. Transitional Justice and DDR: The Case of South Africa. New York : Transitional Justice and DDR: The Case of South Africa, 2009. 37 p. URL: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-DDR-South-Africa-CaseStudy-2009-English.pdf> (date of access: 24.05.2025).
62. Waldorf L. Transitional Justice and DDR: The Case of Rwanda. New York : International Center for Transitional Justice, 2009. 35 p. URL: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-DDR-Rwanda-CaseStudy-2009-English.pdf> (date of access: 24.05.2025).
63. War victims in need of physical rehabilitation in Croatia / N. Henigsberg et al. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1997. Vol. 25, no. 3. P. 202–206. URL: <https://doi.org/10.1177/140349489702500309> (date of access: 24.05.2025).
64. Winnicott D. W. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. New York : International Universities Press, 1965. 182 p. URL: <https://selfdefinition.org/burns/DW-Winnicott-The-Maturational-Process-and-the-Facilitating-Environment-1965.pdf> (date of access: 16.05.2025).
65. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema therapy: conceptual model. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 2001. P. 1–62. URL: <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?t=1> (date of access: 19.05.2025).

66. Yttereng V. O. A Scandinavian Veteran Policy? A Comparative Study of Norwegian, Swedish and Danish Veteran Policies Since 2000. *Scandinavian Journal of Military Studies*. 2023. Vol. 6, no. 1. P. 135–150. URL: <https://doi.org/10.31374/sjms.186> (date of access: 24.05.2025).
67. Андрійчук О. Я. Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії : навч.-метод. посіб. Луцьк : ПП «Вол. друк.», 2022. 264 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20713/3/Osn_prakt_diialn_fiz_terapii.pdf (дата звернення: 15.05.2025).
68. Вишньовський В. Психологічні стратегії для відновлення жертв воєнних конфліктів. Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки : Матеріали Міжнар. наук. конф., м. Тернопіль, 15–16 квіт. 2025 р. Тернопіль, 2025. С. 14–17. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/48589> (дата звернення: 26.05.2025).
69. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. / О. Кокун та ін. ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685/1/Діагност%20психол%20змін%20в%20умовах%20війни.pdf> (дата звернення: 19.04.2025).
70. Єрмоленко А. В. Моніторинг ефективності соціальних програм інтеграційної, психологічної та професійної реабілітації військових в Україні : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 "Соціальна робота". Запоріжжя, 2025. 85 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/25803> (дата звернення: 26.05.2025).
71. Зевако В. І., Стефанишин К. Л. Етимологічний аспект вивчення деяких медичних термінів на практичних заняттях з української мови. *Медична освіта*. 2023. № 2. С. 121–125. URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.14020> (дата звернення: 13.05.2025).
72. Імплементативна Угода між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації : Угода Каб. Міністрів України від 21.09.2015 : станом на 16 лют.

- 2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950_034#Text (дата звернення: 14.05.2025).
73. Ісаков Р. І. Психосоціальна реабілітація пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Психологія кризових станів: наука і практика : 36. матеріалів Міжнар. науково-практ. онлайн-конф., м. Київ, 4–6 листоп. 2021 р. Київ, 2021. С. 65–67. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/137a325a-8772-4d35-b524-19511faf2eea/content> (дата звернення: 14.05.2025).
74. Князевич В. М., Авраменко Т. П. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2015. № 1. С. 164–179. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=znprnadu_2015_1_15 (дата звернення: 14.05.2025).
75. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_Psykholohichna_reabilitatsiia_vsk.pdf (дата звернення: 02.06.2025).
76. Крупа В., Лобода І., Кшановська Р. Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів. InterConf. 2022. № 15(117). С. 260–267. URL: <https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.07.2022.027> (дата звернення: 26.05.2025).
77. Петrenchенко С. Проблеми ринку праці та можливості працевлаштування важкопоранених комбатантів. Psychology Travelogs. 2025. № 1. С. 118–126. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2025-1-12> (дата звернення: 26.05.2025).
78. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari->

- ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny (дата звернення: 02.06.2025).
79. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 15.05.2025).
80. Психологічне відновлення ветеранів війни та адаптація до цивільного життя. sil.media. URL: <https://sil.media/p/psikhologichne-vidnovlennia-veteraniv-viinita-adaptatsiia-do-tsivilnogo-zhittia-847286-1152> (дата звернення: 02.06.2025).
81. Солтик І. Т., Шалавінський Н. М. Профілактика професійного вигорання у працівників охорони здоров'я. Фізична культура і спорт, актуальні питання : зб. тез доп. III регіон. наук.-практ. інтернет-конф., присвяч. 55-річчю каф. теорії і методики фіз. виховання і спорту Хмельн. нац. ун-ту, м. Хмельницький, 20 жовт. 2023 р. Хмельницький, 2023. С. 84–86. URL: http://lib.khnu.km.ua/konfer_HNU/2023/Fiz_kult_i_sport.pdf#page=86 (дата звернення: 15.05.2025).
82. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / В. Осьодло та ін. 2-ге вид. Київ : НУОУ ім. Ів. Чернях., 2020. 484 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743784/1/Теорія%20і%20практика%20психологічної%20допомоги%20та%20реабілітації-підручник%20НУОУ-2020.pdf> (дата звернення: 15.05.2025).
83. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.метод. посіб. Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2018. 206 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi78/0058431.pdf> (дата звернення: 19.04.2025).
84. Чебан В., Чебан Л. Сучасні підходи фізичної терапії для підтримки та збереження ментального здоров'я. Фізична культура і спорт: досвід та перспективи : матер. 3-ої Міжнар. наук.-практ. конф., м. Чернівці, 8–9 квіт. 2021 р. Чернівці, 2021. С. 161–166. URL:

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/55534/1/Ретроспективний%20аналіз.pdf#page=162> (дата звернення: 15.05.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А.

Шкала депресії А.Т. Бека

Мета – дозволяє виявити наявність депресії та ступінь важкості депресивних розладів.

Регістраційний бланк

П.І.Б. _____ (повністю)

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Прочитайте кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас».

№з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре. б) Мені погано. в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити. г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене. б) Я боюся майбутнього. в) Мене ніщо не радує. г) Моє майбутнє безпросвітне.
3. а) В житті мені переважно щастило. б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у когось іншого. в) Я нічого не добився в житті. г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений. б) Як правило, я скучаю. в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина. г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив. б) Може я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо. в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя. г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою. б) Іноді я відчуваю себе нестерпним. в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності. г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання. б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим. в) Я знаю, що заслуговую покарання. г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі. б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі. в) Я не люблю себе. г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших. б) Деколи я припускаюся помилки. в) Просто жахливо, як мені не щастить. г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе. б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся. в) Було краще б зовсім не жити. г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати. б) Бува, що я і поплачу. в) Я тепер постійно плачу, так, що не можу виплакати. г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний. б) Я легко дратуюсь. в) Я знаходжусь в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел. г) Тепер мені все байдуже: те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем. б) Іноді я відкладаю рішення на потім. в) Приймати рішення для мене проблематично. г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше. б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю. в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано. г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема. б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок. в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою. г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся. б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув. в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався. г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність. б) Я швидко втомлююся. в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю. г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди. б) У мене пропав апетит. в) Апетит у мене набагато гірший, ніж раніше. г) У мене взагалі немає апетиту.
19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше. б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми. в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві. г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні. б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше. в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу. г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше. б) У мене постійно щось болять. в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю. г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів:

за кожен відповідь нараховується відповідна кількість балів: «а» – 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 3 бали, «г» – 4 бали. Після проходження всього опитувальника підраховується загальна сума набраних балів. У випадках, коли респондент у певному пункті обирає більше одного твердження, до загального результату додаються бали за всі обрані варіанти.

Інтерпретація результатів:

загальна кількість набраних балів дозволяє визначити ступінь депресивного стану респондента. За підсумками обробки, інтервали інтерпретуються наступним чином: 0–4 бали відповідають відсутності депресії; 5–7 балів свідчать про легкий ступінь депресії; 8–15 балів вказують на середній ступінь депресії; 16 і більше балів є ознакою високого рівня депресивного розладу.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (Б. Харт)

Методика «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» (Hart B., 1996) була переведена на російську мову та адаптована І.О. Котеньовим. Призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили будь-якого роду психічні травми.

Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми [25; 17; 18].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді («так» або «ні») та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка».

№з/п	Питання	Так	Ні
1.	Нездатність «розслабитися» (напруженість)		
2.	Роздратування та погані настрої		
3.	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4.	Неуважність, погана зосередженість уваги		
5.	Сильний смуток, печаль		
6.	Сильна втома, нестача енергії		
7.	Потрясіння або паніка		
8.	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9.	Труднощі із засинанням, погіршення сну		
10.	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей «так» дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей («так»).

**Методика «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»**

Мета – самооцінка рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером та адаптована Ю.Л. Ханіним

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, **як Ви себе почуваете в даний момент.** Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає».

№з /п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть , так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний				
2.	Мені ніщо не загрожує				
3.	Я знаходжуся в стані напруги				
4.	Я відчуваю жаль				
5.	Я почуваю себе вільно				
6.	Я засмучений				
7.	Мене хвилюють можливі невдачі				
8.	Я відчуваю себе відпочившим				
9.	Я не задоволений собою				
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11.	Я впевнений у собі				
12.	Я нервую				
13.	Я не знаходжу собі місця				
14.	Я напружений				
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості				
16.	Я задоволений				
17.	Я заклопотаний				
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі				
19.	Мені радісно				
20.	Мені приємно				

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваете звичайно. Над твердженням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей тут немає».

№з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Н і , ц е н е т а к	М а б у т , т а к	В і р н о	Ц і л к о м ві р н о
21.	Я відчуваю задоволення				
22.	Я зазвичай швидко втомлююся				
23.	Я легко можу заплакати				
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення				
26.	Зазвичай я відчуваю себе бадьорим				
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний				
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене				
29.	Я занадто переживаю через дрібниці				
30.	Я цілком щасливий				
31.	Я сприймаю все занадто близько до серця				
32.	Мені не вистачає впевненості в собі				
33.	Зазвичай я відчуваю себе в безпеці				
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів				
35.	У мене буває хандра				
36.	Я задоволений				
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
38.	Я так переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути				
39.	Я врівноважена людина				
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи й турботи				

Обробка результатів передбачає окреме визначення показників реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) відповідно до наступних формул. Показник РТ розраховується як сума значень, закреслених респондентом у пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 (позначених як $\Sigma 1$), мінус сума значень у пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ($\Sigma 2$), з додаванням постійної величини 50, тобто: $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$. Аналогічно, показник ОТ визначається як різниця між сумою відповідей у пунктах 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 ($\Sigma 1$) та пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 ($\Sigma 2$), з додаванням постійної величини 35, тобто: $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$.

Інтерпретація результатів здійснюється за такими орієнтовними шкалами: показник до 30 балів свідчить про низький рівень тривожності, у межах 31–45 балів – про помірний рівень, а понад 45 балів – про високий рівень тривожності. Такий підхід дозволяє здійснити кількісну оцінку вираженості тривожних проявів у ситуативному (реактивному) та стабільному (особистісному) аспектах.

Опитувальник «Осада» (С.І. Яковенко)

Мета – оцінка стану адаптованості. Опитувальник «Осада» рекомендується застосовувати на початковій стадії роботи з особою для визначення актуальної проблеми [36].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: Уважно читайте всі судження, що входять до складу кожного з 30 наведених нижче блоків, і обведіть на бланку для відповідей букву (**а, б, в або г**), що відповідає варіанту відповіді, яка найбільш прийнятна для Вас зараз.

1. а) в) б) г)	2. а) в) б) г)	3. а) в) б) г)	4. а) в) б) г)	5. а) в) б) г)
6. а) в) б) г)	7. а) в) б) г)	8. а) в) б) г)	9. а) в) б) г)	10. а) в) б) г)
11. а) в) б) г)	12. а) в) б) г)	13. а) в) б) г)	14. а) в) б) г)	15. а) в) б) г)
16. а) в) б) г)	17. а) в) б) г)	18. а) в) б) г)	19. а) в) б) г)	20. а) в) б) г)
21. а) в) б) г)	22. а) в) б) г)	23. а) в) б) г)	24. а) в) б) г)	25. а) в) б) г)
26. а) в) б) г)	27. а) в) б) г)	28. а) в) б) г)	29. а) в) б) г)	30. а) в) б) г)

Текст опитувальника

- а) я бадьорий і веселий; б) іноді я сумую; в) я часто буваю засмучений; г) я відчуваю себе нещасним.
- а) у мене було щасливе дитинство; б) у дитинстві в мене були/траплялися незначні, звичайні для дітей прикраси; в) у мене було досить важке дитинство; г) у дитинстві життя мене не щадило.
- а) зараз я такий же товариський, як і раніше; б) мені все частіше хочеться побути самому; в) тільки необхідність змушує мене спілкуватися з оточуючими; г) я самотній, ніхто не розуміє мене.
- а) я їм як завжди з апетитом; б) останнім часом мій апетит погіршився; в) я помічаю, що часом їм, не відчуваючи смаку їжі; г) останнім часом я майже нічого не їм.
- а) мене дуже цікавлять події, що відбуваються в світі; б) тепер я менше читаю, рідше включаю радіо, телевізор; в) я не стежу за подіями, що відбуваються в світі; г) я втратив інтерес до життя.
- а) як правило, я спокійний; б) буває, що я нервую; в) я незадоволений собою, та й інші люди дратують мене; г) мені все стало байдуже.
- а) я із задоволенням згадую прожиті роки; б) у моєму минулому були епізоди, які не хочеться згадувати; в) я соромлюся допущених у минулому помилок; г) минуле тепер мстить мені за здійснені проступки.
- а) любов робить моє життя яскравішим і цікавішим; б) любов – складне почуття, не кожному воно «по плечу»; в) любов приносила мені лише засмучення; г) я не гідний любові.

9. а) я сплю спокійно та прокидаюся повністю бадьорим; б) прокинувшись, я не завжди почуваю себе бадьорим; в) мені буває важко заснути через «непрошені» думки, що снують у моїй голові; г) я страждаю від безсоння.
10. а) у мене цікава робота; б) моя робота не дуже цікава, але потрібна людям; в) я збираюся змінити роботу, а можливо, і професію; г) останнім часом я «примушую» себе ходити на роботу.
11. а) свої проблеми я вирішую без особливих зусиль; б) деякі проблеми вимагають від мене великих зусиль; в) майже будь-яка проблема для мене – нерозв'язна задача; г) я заплутався в своїх проблемах, не можу вирішити жодної.
12. а) здається, у мене перспективне майбутнє; б) моє майбутнє здається мені вельми невизначеним; в) майбутнє лякає мене; г) моє майбутнє здається мені безрадісним.
13. а) у мене склалися добрі стосунки з оточуючими; б) з деякими людьми в мене стосунки не склалися; в) багато хто ставиться до мене вороже; г) мені здається, що всі – проти мене.
14. а) я практично здоровий; б) у мене не було серйозних хвороб або травм; в) моє здоров'я підірване хворобами, важкими травмами; г) мені вже пізно піклуватися про здоров'я.
15. а) у мене різноманітні інтереси та захоплення; б) є проблеми, якими я цікавлюся всерйоз; в) більше за все мене цікавить, що про мене думають люди; г) я втратив інтерес навіть до самого себе.
16. а) звичайно я цілком задоволений собою; б) я далеко не завжди буваю задоволений собою; в) часто я собі «не подобаюся»; г) я себе ненавиджу.
17. а) моє життя складається вдало; б) моє життя не позбавлене труднощів; в) мені зараз живеться важко; г) моє життя здається мені нестерпним.
18. а) до мене часто звертаються за допомогою; б) упевнений, що у «важку хвилину» мені допоможуть; в) часом я не знаю, куди звернутися за допомогою; г) мені вже ніхто не допоможе.
19. а) відчуваю себе здоровим, повним сил; б) мене непокоїть зниження працездатності; в) у мене – занепад сил, я не справляюся...; г) моя смерть «не за горами».
20. а) я маю чим заповнити вільний час; б) часом я не знаю, чим заповнити вільний час; в) на мене «навалилося» зараз стільки проблем, що мені не до розваг; г) зараз я не в змозі що-небудь робити, навіть те, що раніше приносило мені задоволення.
21. а) я живу спокійним, розміреним життям; б) я дотримуюся правила: хочеш жити – умій вертітися; в) я здатний вчинити щось таке, що здивує інших; г) часом я сам не знаю, що зроблю через хвилину.
22. а) я задоволений ситуацією, що склалася; б) бувають ситуації і кращі; в) зараз склалася досить погана ситуація; г) я знаходжуся в такій ситуації, що гірше не буває.
23. а) секс приносить мені задоволення; б) тепер секс цікавить мене менше; в) секс мені не цікавий, від нього лише прикрощі; г) у моєму становищі безглуздо навіть думати про секс.
24. а) у мене ніколи не було проблем через алкоголь; б) алкоголь допомагає мені розслабитися, зняти напруження; в) алкоголь – джерело багатьох моїх проблем; г) навіть випивка не допомагає мені забути.
25. а) я не перестаю вчитися, працювати над собою; б) життя часом дає гіркі уроки, залишається лише вчитися на них; в) допущені мною помилки так мене нічому й не навчили; г) мені вже пізно вчитися.
26. а) у мене «легкий» характер; б) я не дуже товариська людина; в) у моєму характері є серйозні вади; г) я погана, нікчемна людина.
27. а) я розраховую прожити довге життя; б) упевнений, що я проживу ще не один десяток років; в) я сподіваюся протягти ще років 8–10; г) я скоро помру.

28. а) вважаю, що я маю великий авторитет; б) багато хто прислухається до моєї думки; в) на мене мало хто зважає; г) я нічого не означаю в цьому житті.
29. а) я веду правильний, здоровий спосіб життя; б) я не дуже піклуюся про своє здоров'я; в) я давно «занедбав» своє здоров'я; г) я відчуваю себе «руїною».
30. а) я заробляю цілком достатньо, щоб ні в чому собі не відмовляти; б) мого заробітку «на життя» вистачає; в) через нестачу грошей я вимушений відмовляти собі багато в чому; г) я відмовляю собі навіть у найнеобхіднішому.

«Ключ»

Опитувальник включає п'ять шкал, кожна з яких відображає окрему сферу життєдіяльності респондента: 1) задоволення собою та власним психічним станом; 2) задоволення поточною життєвою ситуацією та її динамікою; 3) задоволення міжособистісними взаєминами; 4) задоволення функціональним станом, включаючи соматичне самопочуття та енергетичний ресурс; 5) задоволення загальною життєдіяльністю. Кожна шкала представлена шістьма пунктами анкети, згрупованими наступним чином: шкала 1 – пункти № 1, 6, 11, 16, 21, 26; шкала 2 – пункти № 2, 7, 12, 17, 22, 27; шкала 3 – пункти № 3, 8, 13, 18, 23, 28; шкала 4 – пункти № 4, 9, 14, 19, 24, 29; шкала 5 – пункти № 5, 10, 15, 20, 25, 30. Кожен пункт містить чотири альтернативні варіанти відповіді: а, б, в, г, які кодуються відповідно в 0, 1, 2 і 3 бали. Таким чином, діапазон оцінки для кожної шкали коливається від 0 до 18 балів. Мінімальне значення (0) свідчить про повне заперечення проблеми або ідеалізоване сприйняття ситуації, тоді як максимальне (18) – про глибоку дезадаптацію.

Інтерпретація результатів кожної шкали передбачає таку градацію: 0–3 бали – недостовірний результат, ймовірне ігнорування реальних проблем, прояви інфантильного або захисного типу реагування; 4–6 балів – стан успішної адаптації, відсутність клінічно значущих проблем або їх ефективне подолання; 7–9 балів – напруження в межах норми, яке, однак, може трансформуватись у проблемний стан при хронізації; 10–12 балів – субекстремальний рівень напруження, що загрожує появою дезадаптивних реакцій, необхідна психологічна консультація; 13–15 балів – ознака значного дистресу, який потребує цілеспрямованої психологічної допомоги або навіть психотерапії; 16–18 балів – критичний рівень дезадаптації, який розглядається як життєва криза, супроводжувана потенційною загрозою суїциду та потребує невідкладного психіатричного втручання.

Додатково до кількісного аналізу, слід звертати увагу на якісні показники профілю. Підвищення окремих шкал до рівня понад 13 балів («піки») або перевищення загальної суми балів за всіма шкалами понад 45 свідчать про високий рівень психологічного дистресу. Також маркером кризового стану є вибір варіантів «г» (3 бали) в кількох ключових пунктах. Такі профілі вимагають підвищеної уваги з боку психолога для здійснення поглибленої діагностики та визначення подальшої стратегії допомоги.