

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ
ТА БЕЗПЕКИ**

Кафедра практичної психології

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ У СИСТЕМІ
ІНКЛЮЗИВНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ**

кваліфікаційна робота
здобувачки вищої освіти
першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти
денної форми здобуття освіти
спеціальності 053 Психологія
Вікторії ТЕРЛЕЦЬКОЇ

Науковий керівник:
доцент кафедри практичної психології,
кандидат психологічних наук
Петро КОЗИРА

Рецензент:
доцент кафедри загальної та соціальної
психології, кандидат психологічних
наук, доцент
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«___» _____ 2026 р., протокол № ____

Завідувач кафедри практичної психології

Галина ОДИНЦОВА

(підпис)

Львів
2026

АНОТАЦІЯ

Терлецька В. Психологічна підтримка ветеранів війни у системі інклюзивних соціальних послуг. – Кваліфікаційна робота бакалавра за спеціальністю 053 Психологія.

У роботі досліджено специфіку надання психологічної підтримки ветеранам в умовах розбудови системи інклюзивних соціальних послуг. З'ясовано, що спроби автономної адаптації та домінування традиційної клінічної моделі часто призводять до поглиблення соціальної ізоляції, загострення бойового дистресу та блокування адаптаційного потенціалу ветеранів через виражений страх стигматизації.

Емпірично доведено, що інтеграція захисників у безпечне, дестигматизоване середовище ветеранських просторів виступає ключовим чинником відновлення, який статистично достовірно знижує рівень тривожності, зміцнює загальну життєстійкість та стимулює механізми посттравматичного зростання особистості.

Сформульовано комплекс прикладних методичних рекомендацій щодо вдосконалення психологічної підтримки ветеранів, які базуються на просторовому переформатуванні послуг, системному впровадженні підходу «рівний-рівному», обов'язковій психологічній просвіті сімей ветеранів та переорієнтації терапевтичних підходів із лікування симптомів на пошук нових життєвих сенсів.

Ключові слова: психологічна підтримка, ветерани, інклюзивні соціальні послуги, бойовий дистрес, посттравматичне зростання, життєстійкість, дестигматизація, реадaptaція.

ABSTRACT

Terletska V. Psychological Support for War Veterans Within the System of Inclusive Social Services. – Bachelor's thesis, specialty 053 Psychology.

The thesis explores the specifics of providing psychological support to veterans in the context of developing an inclusive social services system. It has been established that attempts at autonomous adaptation and the prevalence of the traditional clinical model often lead to deeper social isolation, exacerbated combat distress, and the blocking of veterans' adaptive potential due to a pronounced fear of stigmatization.

It has been empirically proven that integrating defenders into the safe, destigmatized environment of veteran spaces serves as a key recovery factor. This integration statistically significantly reduces anxiety levels, enhances overall resilience, and stimulates the mechanisms of post-traumatic growth.

A comprehensive set of applied methodological recommendations for improving the psychological support of veterans has been formulated. These recommendations are based on the spatial reformatting of services, the systemic implementation of a peer-to-peer approach, mandatory psychological education for veterans' families, and the shift of therapeutic focus from symptom management to the search for new life meanings.

Keywords: psychological support, veterans, inclusive social services, combat distress, post-traumatic growth, resilience, destigmatization, readaptation.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ.....	7
1.1. Психологічні наслідки бойового досвіду та особливості реадaptaції ветеранів до цивільного життя.....	7
1.2. Система інклюзивних соціальних послуг як середовище надання психологічної допомоги ветеранам.....	13
1.3. Зміст, форми та методи психологічної підтримки ветеранів війни в практиці надання інклюзивних соціальних послуг.....	19
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В БЛАГОПОЛУЧЧІ ВЕТЕРАНІВ.....	26
2.1. Організація, процедура та методичне забезпечення емпіричного дослідження.....	26
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	31
2.3. Взаємозв'язок психологічної підтримки з показниками психологічного благополуччя ветеранів.....	45
2.4. Методичні рекомендації щодо вдосконалення психологічної підтримки ветеранів.....	52
Висновки до розділу 2.....	56
ВИСНОВКИ.....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми. Масове повернення військовослужбовців із зони бойових дій до умов мирного життя формує один із найскладніших викликів для вітчизняної системи охорони психічного здоров'я та соціального захисту. Бойовий досвід є унікальним екстремальним стресором, що призводить до системної перебудови функціонування людської психіки, формування специфічних механізмів виживання та глибокого когнітивного дисонансу під час реадаптації до цивільного середовища. Водночас традиційна медико-клінічна парадигма допомоги нерідко виявляється недостатньо ефективною через страх суспільної стигматизації, що змушує демобілізованих осіб уникати спеціалізованих психіатричних закладів. За таких умов виникає об'єктивна потреба у переході до екосистемного підходу розв'язання проблеми.

Формування системи інклюзивних соціальних послуг (ветеранських хабів, просторів життєстійкості громад) дозволяє дестигматизувати процес психологічного відновлення, перетворюючи його на безпечний та органічний компонент комплексної соціальної реінтеграції. Соціальна та соціально-психологічна значущість розбудови такого безбар'єрного простору, де психологічна підтримка спирається на розв'язання нагальних життєвих проблем ветерана, зумовлює високу актуальність обраної теми дослідження.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості надання психологічної підтримки ветеранам війни у системі інклюзивних соціальних послуг, а також розробити методичні рекомендації щодо її вдосконалення.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано такі **завдання дослідження**:

- 1) проаналізувати теоретико-методологічні аспекти психологічних наслідків бойового досвіду та специфіки реадаптації ветеранів до цивільного життя;

2) охарактеризувати систему інклюзивних соціальних послуг як середовище психологічної допомоги та визначити ефективні форми і методи підтримки ветеранів у її межах;

3) емпірично дослідити взаємозв'язок між залученістю до заходів психологічної підтримки та показниками загального психологічного благополуччя ветеранів;

4) розробити методичні рекомендації щодо оптимізації процесу психологічного супроводу ветеранів в умовах інклюзивного простору.

Об'єкт дослідження – система надання інклюзивних соціальних послуг ветеранам війни.

Предмет дослідження – особливості психологічної підтримки ветеранів війни у системі інклюзивних соціальних послуг.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що залучення ветеранів до системи інклюзивних соціальних послуг позитивно впливає на їхнє загальне психологічне благополуччя. Зокрема, комплексне використання методів соціально-психологічної підтримки у такому дестигматизованому середовищі сприяє зниженню рівня стресу і тривожності та стимулює посттравматичне зростання демобілізованих осіб.

Теоретична основа дослідження. Теоретико-методологічне підґрунтя роботи сформовано на перетині класичних та сучасних концепцій. З одного боку, дослідження спирається на фундаментальні праці з нейробіології стресу та психотравматології (Б. ван дер Колк, Дж. Герман), а також на концептуальне осмислення феномену моральної травми комбатантів (Дж. Шей, Б. Літц). З іншого боку, базовою опорою слугують напрацювання вітчизняних вчених, які вивчають специфіку надання психологічної підтримки, механізми реінтеграції та відновлення саморегуляції ветеранів у вітчизняних реаліях (П. Козира, К. Ніжейко, К. Ковалівська, А. Мельник, О. Козак, Л. Кіщук, О. Новіков). Крім того, враховано міжнародні стандарти розбудови інклюзивного простору та деінституціалізації послуг з охорони ментального здоров'я, регламентовані документами ВООЗ та МОМ.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розширенні та систематизації знань щодо особливостей надання психологічної підтримки ветеранам війни саме в просторі інклюзивних соціальних послуг. У дослідженні набуло подальшого розвитку розуміння того, як неклінічне, дестигматизоване середовище сприяє екологічному відновленню особистості. Крім того, додатково обґрунтовано доцільність переходу від суто медичної моделі лікування бойової травми до комплексного соціально-психологічного супроводу ветеранів та їхніх родин.

Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що сформульовані висновки та розроблені авторські методичні рекомендації можуть бути безпосередньо впроваджені у практичну діяльність психологів, соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи та кейс-менеджерів інклюзивних центрів, просторів життестійкості і ветеранських хабів. Запропоновані підходи стануть у нагоді під час організації груп взаємопідтримки, кризового консультування та побудови ефективної комунікації з родинами захисників. Очікуваний психолого-соціальний ефект від використання результатів дослідження полягає у зниженні ризиків соціальної ізоляції ветеранів, подоланні наслідків бойового стресу та забезпеченні їхньої належної реінтеграції у мирне суспільство.

Методологія дослідження. Для досягнення мети та перевірки висунутої гіпотези було використано комплекс методів:

- теоретичні (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел для розкриття теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми);
- емпіричні (Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS); Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21); Шкала життестійкості (CD-RISC-10); Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI); Авторська анкета оцінки соціально-психологічного благополуччя та ефективності підтримки ветеранів);
- методи математичної статистики (кількісно-якісний аналіз одержаних даних, методи описової статистики, а також кореляційний (метод рангової

кореляції Спірмена) та порівняльний аналізи (Т-критерій Стюдента) для встановлення статистичних закономірностей).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (містить 49 найменувань) та 5 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 76 сторінок, з яких основний текст викладено на 59 сторінках. Робота проілюстрована 15 таблицями та 14 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ

1.1. Психологічні наслідки бойового досвіду та особливості реадаптації ветеранів до цивільного життя

Повернення військовослужбовців із зони бойових дій до умов мирного життя є одним із найскладніших викликів для системи охорони психічного здоров'я та соціального захисту. На рівні держави базові гарантії підтримки демобілізованих осіб закріплені в низці нормативно-правових актів. Зокрема, Закон України «Про соціальні послуги» [18] визначає загальний правовий механізм допомоги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах. Водночас Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні [19] наголошує на необхідності формування інклюзивного середовища, де кожен ветеран матиме безперешкодний доступ до психологічної реабілітації. Порядок надання такої допомоги регламентується відповідними урядовими постановами, які вимагають використання сучасних доказових практик [2]. Проте ефективна реалізація цих законодавчих ініціатив неможлива без глибинного розуміння природи бойового досвіду та його психологічних наслідків.

Аналіз провідних міжнародних клінічних настанов, зокрема п'ятого видання «Довідника з діагностики та статистики психічних розладів» (DSM-5-TR), свідчить, що бойовий досвід є унікальним екстремальним стресором. Він здатен викликати системні порушення у функціонуванні людської психіки, найвідомішим з яких є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [25]. Варто зауважити, що в офіційній клінічній практиці та системі охорони здоров'я України базовим стандартом діагностики є Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Водночас у світовому психологічному дискурсі, а також при розробці та валідизації більшості сучасних психодіагностичних шкал, еталоном для опису травмоспецифічних станів залишається керівництво DSM-5.

Тому у межах даного дослідження критерії DSM-5 розглядаються виключно у теоретичному ключі для глибшого розуміння феноменології бойової травми.

Як зазначає у своїх фундаментальних дослідженнях американський психіатр Б. ван дер Колк, травма війни не є виключно когнітивною проблемою. Вона фіксується на глибокому нейробіологічному рівні. Організм буквально «запам'ятовує» небезпеку, що призводить до хронічної гіперзбудливості та неконтрольованих фізіологічних реакцій навіть тоді, коли людина перебуває у цілковитій безпеці [46].

Варто розуміти, що підготовка до участі в бойових діях та саме перебування на фронті вимагають від психіки колосальної перебудови. Для того щоб вижити, людина змушена відмовитися від звичних цивільних реакцій і сформувати нові, жорсткі механізми захисту. У мілітарному середовищі емпатія, роздуми чи вагання можуть коштувати життя, натомість цінуються блискавична реакція, агресивність та беззаперечне підпорядкування [27, с. 112]. Коли ветеран повертається додому, ця потужна «броня», яка врятувала його на війні, раптово стає непотрібною. Процес її свідомого демонтажу є надзвичайно болісним і виснажливим, адже нервова система продовжує працювати в режимі очікування катастрофи.

Водночас, згідно з сучасними дослідженнями, бойовий досвід провокує цілий спектр розладів психічної сфери, які виходять далеко за межі класичного ПТСР. Тривале перебування в умовах вітальної загрози неминуче призводить до емоційної нестійкості, поглиблення депресивних і тривожних станів, а також специфічних когнітивних змін [13, с. 45]. Повернення до мирного середовища додатково ускладнюється гострою кризою ідентичності. Втрата сформованої на фронті жорсткої соціальної структури та звичного кола побратимів формує у демобілізованої особи глибоке почуття відчуження. Цей внутрішній конфлікт руйнує звичні комунікативні зв'язки з родиною та суспільством, що об'єктивно вимагає тривалої та поетапної психологічної корекції [1, с. 112].

Окрім класичних проявів ПТСР, сучасна зарубіжна травматологія активно досліджує феномен так званої «моральної травми». Дж. Шей [40] та Б. Літц [36]

описують цей стан як глибокий внутрішній конфлікт, що виникає, коли людина стає свідком або учасником подій, які докорінно суперечать її базовим етичним цінностям. Якщо ПТСР базується переважно на інстинктивному страху за власне життя, то фундаментом моральної травми є почуття провини, сорому та втрата глобальної довіри до справедливості світу. Це відчуття часто стає невидимим, але дуже міцним бар'єром, який заважає ветерану знову повірити людям та інтегруватися в соціум [47, с. 341].

Не менш важливою проблемою є тісний зв'язок між психологічним станом та тілесним здоров'ям. Бойовий стрес практично ніколи не минає безслідно для фізичної оболонки. Ветеран може фізично почуватися виснаженим і хворим, хоча медичні обстеження не показуватимуть жодних органічних ушкоджень. Це додатково посилює відчуття безпорадності та ускладнює процес повернення до професійної діяльності.

Сучасні вітчизняні науковці відзначають безпрецедентний масштаб проблеми психологічного відновлення захисників. Зокрема, як наголошує у своєму дослідженні П. Козира, в умовах сучасних бойових дій питання збереження психічного здоров'я набуло стратегічного значення, оскільки лікування фізичних травм неможливо відокремити від заходів психосоціальної підтримки. За оцінками дослідника, близько 95% українських військових потребують тривалої та висококваліфікованої психологічної допомоги [7, с. 863]. Водночас автор слушно зауважує, що розбудові дієвої системи реабілітації заважає низка системних перешкод. Одним із найпоширеніших і найшкідливіших бар'єрів для психологічного відновлення у військовому середовищі залишається стигматизація психічних розладів, яка блокує своєчасне звернення по допомогу через страх осуду [7, с. 869].

Як зазначають К. Ніжейко та К. Ковалівська, повертаючись додому, демобілізовані особи намагаються поєднати своє минуле мирне життя із новим бойовим досвідом. Цей перехід не відбувається миттєво: людині потрібен час на лікування, відновлення сил та соціальне перенавчання. Процес адаптації ускладнюється тим, що ветерани одночасно змушені долати цілу низку

повсякденних викликів – від фінансових і побутових труднощів до глибоких фізичних та психологічних проблем [14, с. 3].

З огляду на ці комплексні наслідки, реадaptaцію ветеранів до цивільного життя слід розглядати не як повернення до минулого стану (що є об'єктивно неможливим), а як процес побудови нового життя з урахуванням набутого досвіду. Найгострішою проблемою цього переходу є когнітивний дисонанс між очікуваннями мирного суспільства та сформованими мілітарними звичками.

Справа в тому, що нервова система людини, яка тривалий час перебувала в епіцентрі бойових дій, звикає функціонувати в режимі максимального напруження. Навіть після повернення у відносно безпечне місце, мозок ветерана за інерцією продовжує сканувати навколишній простір, підсвідомо шукаючи загрозу у випадкових перехожих чи різких звуках вулиці. Цей стан перманентної внутрішньої мобілізації надзвичайно виснажує, адже людина фактично втрачає здатність до повноцінного розслаблення. Відповідно, звичайні побутові ситуації, які для цивільного населення є абсолютною рутиною, для демобілізованого військовослужбовця можуть перетворюватися на серйозне випробування, що лише поглиблює відчуття соціальної відчуженості.

Для того щоб наочно зрозуміти, чому ветеранам буває так складно адаптуватися, доцільно порівняти базові правила виживання у двох абсолютно різних середовищах. Відобразимо це у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика поведінкових патернів у військовому та цивільному середовищах

Сфера життя	Військове середовище (зона бойових дій)	Цивільне середовище (мирне життя)
Сприйняття безпеки	Світ є небезпечним. Постійне очікування загрози, контроль периметру, готовність до нападу	Світ є відносно безпечним. Відсутність потреби у постійному контролі оточення, розслабленість
Вираження емоцій	Емоції приховуються або придушуються, щоб не заважати виконанню бойових завдань	Емоції виражаються відкрито. Цінується здатність ділитися переживаннями з близькими

Продовження таблиці 1.1

Комунікація та відносини	Жорстка субординація (накази не обговорюються). Спілкування пряме, лаконічне і часто різке	Партнерство, рівність і діалог. Спілкування гнучке, вимагає тактовності та врахування думки іншого
Реакція на конфлікт	Миттєва силова відповідь. Перешкода має бути швидко нейтралізована для збереження життя	Пошук компромісів. Конфлікти вирішуються шляхом тривалих переговорів або юридичних процедур

Джерело: узагальнено на основі [26; 44].

Як можна побачити з таблиці 1.1, патерни, що є абсолютно нормальними та життєво необхідними на фронті, у цивільному житті розцінюються як відхилення або агресія. З цього приводу М. Стінкамп зауважує, що демобілізована особа часто діє на «автопілоті»: вона може різко відреагувати на раптовий дотик, уникати великих скупчень людей або проявляти нетерпимість до довгих дискусій [41, с. 490]. Цивільне оточення, не розуміючи цих механізмів, часто реагує зі страхом або осудом. Це формує замкнене коло: ветеран відчуває себе чужим у власному домі, що призводить до самоізоляції та підвищує ризик розвитку деструктивних звичок (наприклад, зловживання алкоголем) як спроби втамувати внутрішній біль.

Розглядаючи питання психологічного відновлення колишніх комбатантів, неможливо оминати увагою міжнародні нормативно-правові стандарти, які формують глобальний вектор у цій сфері. Фундаментальне значення має Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, положення якої повною мірою поширюються на ветеранів із важкими формами посттравматичного стресового розладу та іншими психосоціальними травмами [8]. Цей міжнародний документ категорично відкидає суто медичну модель розуміння травми, натомість просуваючи соціальну та правозахисну парадигму. Згідно з нею, головною перешкодою для нормального життя є не сам діагноз, а наявність фізичних, комунікаційних та психологічних бар'єрів у суспільстві, які перешкоджають рівноправній участі демобілізованих осіб у житті громади.

У цьому ж контексті Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у своєму Комплексному плані дій щодо психічного здоров'я наголошує на необхідності деінституціалізації психологічної допомоги. Міжнародні експерти зазначають, що ізольоване клінічне лікування ветеранів у спеціалізованих закритих закладах часто призводить до зворотного ефекту – поглиблення їхньої соціальної відчуженості [29]. Натомість найвищу ефективність демонструє надання підтримки безпосередньо за місцем проживання, через систему відкритих інклюзивних соціальних послуг. Саме такий підхід, побудований на принципах поваги до гідності, дозволяє не лише усувати гострі симптоми бойового стресу, але й відновити втрачені соціальні зв'язки, повернувши людині відчуття власної суспільної цінності.

Таким чином, аналіз психологічних наслідків бойового досвіду переконливо доводить, що участь у війні залишає глибокий відбиток на всіх рівнях функціонування особистості. Ветерани стикаються з цілим спектром проблем: від класичного посттравматичного стресового розладу та психосоматичних порушень до складної моральної травми і глибокої кризи ідентичності. Своєю чергою, головна особливість їхньої реадаптації до цивільного життя полягає у необхідності болісного переходу від жорстких армійських патернів виживання до мирних норм співіснування. Оскільки цей процес супроводжується значним когнітивним дисонансом і ризиком подальшої соціальної ізоляції, він не може обмежуватися виключно клінічним лікуванням. Для успішного повернення військовослужбовців критично важливо сформувати безпечне, інклюзивне соціально-психологічне середовище, здатне надати комплексну підтримку та допомогти їм віднайти нове місце у мирному суспільстві.

1.2. Система інклюзивних соціальних послуг як середовище надання психологічної допомоги ветеранам

Подолання психологічних наслідків бойового досвіду вимагає від суспільства створення умов, за яких ветеран війни зможе знову відчувати себе у безпеці. Як показує практика, суто клінічний підхід, орієнтований на роботу з травмою виключно у медичних закладах, часто виявляється недостатнім. Психоемоційний стан людини нерозривно пов'язаний із її побутовим, фінансовим та професійним становищем. Відповідно, будь-які психотерапевтичні зусилля можуть бути зведені нанівець, якщо ветеран щодня стикається з бюрократичними перепонами, соціальною відчуженістю чи неможливістю знайти роботу. Це зумовлює об'єктивну потребу у переході до екосистемного підходу, де психологічна підтримка спирається на міцний соціальний фундамент.

Відповіддю на цей виклик є розбудова системи інклюзивних соціальних послуг. У контексті ветеранської політики інклюзивність (від лат. include – включаю, укладаю) означає формування такого простору, де будь-які бар'єри – фізичні, інформаційні чи адміністративні – зведені до мінімуму [10, с. 9]. Базові засади цього процесу в Україні регулюються профільним законодавством про соціальні послуги та державними стандартами соціальної адаптації [2; 3; 17; 18; 19]. Водночас, згідно з актуальними міжнародними стандартами (зокрема документами USAID та MOM), найкращим середовищем для відновлення визнаються саме відкриті громадські простори. Саме тут надання психологічної допомоги відбувається природно, без зайвої стигматизації та у тісній взаємодії з вирішенням нагальних життєвих проблем ветеранів [15; 21].

Для кращого концептуального розуміння структури такого середовища, на рис. 1.1 було розроблено відповідну візуальну модель.

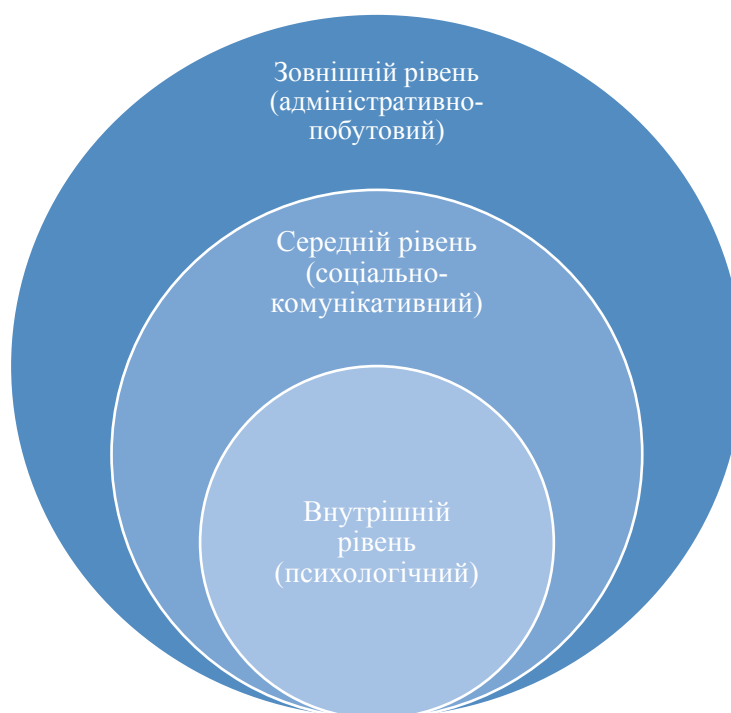


Рис. 1.1. Трирівнева модель інклюзивного соціально-психологічного простору ветерана

Джерело: розроблено авторкою на основі [12; 24]

Відповідно до представленої на рис. 1.1 моделі, інклюзивний простір функціонує як багаторівнева екосистема, де кожен наступний етап спирається на успішну реалізацію попереднього.

Зазначимо, що фундаментом цієї системи виступає зовнішній (адміністративно-побутовий) рівень, головне завдання якого полягає у забезпеченні базової життєвої стабільності ветерана. На цьому етапі реалізується комплексний соціальний супровід, або кейс-менеджмент. Фахівці допомагають ветерану зорієнтуватися в бюрократичних процедурах під час оформлення статусів чи пільг, сприяють у вирішенні житлових питань та безпосередньо взаємодіють із роботодавцями для адаптації робочих місць.

Наступним структурним компонентом є середній (соціально-комунікативний) рівень, спрямований на подолання відчуженості та формування безпечного кола підтримки. Цей етап передбачає активне залучення ветерана до груп взаємодопомоги та організацію спільних заходів із побратимами. Такий формат взаємодії базується на принципі рівності та дозволяє комбатанту

опинитися серед тих, хто здатен зрозуміти його без зайвих пояснень. Одночасно на цьому рівні розгортається сімейне консультування, покликане допомогти найближчому оточенню адаптуватися до змін у поведінці військовослужбовця та відновити втрачену за час тривалої розлуки довіру.

Ядром моделі виступає внутрішній (психологічний) рівень, що передбачає безпосередню, глибинну роботу з наслідками мілітарного досвіду. Завдяки тому, що ветеран уже відчуває побутову та комунікативну безпеку, створену двома попередніми етапами, фахівці отримують змогу максимально екологічно застосовувати інструменти травмофокусованої терапії. Саме тут здійснюється фахове кризове консультування та цілеспрямований розвиток навичок саморегуляції, що дозволяє людині не просто приглушити болісні спогади, а безпечно інтегрувати їх у свій новий, мирний світогляд.

Щоб детальніше проаналізувати, чому саме соціальна сфера є найбільш сприятливим середовищем для психологічної допомоги, в табл. 1.2 порівняємо дві фундаментальні моделі підтримки.

Таблиця 1.2

**Порівняльний аналіз медичної та соціально-інклюзивної
моделей допомоги ветеранам**

Критерій порівняння	Медико-клінічна модель	Соціально-інклюзивна модель
Локація надання допомоги	Спеціалізовані заклади (психіатричні відділення, госпіталі, реабілітаційні центри закритого типу)	Громадські відкриті простори (ветеранські хаби, центри життєстійкості громад)
Статус ветерана	«Пацієнт», який потребує експертного лікування та підпорядковується вказівкам лікаря	«Клієнт» і повноправний партнер, який бере активну участь у розробці плану власного відновлення
Головний бар'єр для звернення	Страх медичної стигматизації (отримання діагнозу, що може зашкодити репутації чи кар'єрі)	Бар'єри мінімізовані, оскільки візит до соціального центру не передбачає медичного обліку
Формат роботи фахівців	Вузькоспеціалізована робота (психотерапевт працює із симптомами ізольовано від інших сфер життя)	Мультидисциплінарна команда (соціальний працівник координує дії психолога, юриста, кар'єрного радника)

Джерело: узагальнено на основі сучасних досліджень реінтеграції [11; 23]

З даних таблиці випливає ключова перевага інклюзивної моделі – здатність долати стигматизацію. Дослідження, проведені серед демобілізованих військовослужбовців, переконливо засвідчують: більшість осіб із симптомами бойового стресу категорично уникають класичних психоневрологічних закладів [35]. Страх отримати тавро «психічно хворого» переважає над бажанням полегшити власний стан. Проте, коли кабінет психолога інтегрований у структуру звичайного соціального центру, куди ветеран приходить для участі у бізнес-тренінгу або просто для спілкування з побратимами, рівень тривоги кардинально знижується. Психологічна допомога стає «невидимою» для зовнішнього осуду, але максимально доступною для тих, хто її потребує [16, с. 47].

Варто зазначити, що критично важливим елементом такого середовища є феномен «культурної компетентності». Мілітарна субкультура характеризується специфічним ставленням до довіри, емоційним стримуванням та особливим гумором [37, с. 25]. Якщо цивільний працівник демонструє зверхність або, навпаки, надмірний жаль, демобілізована особа миттєво розриває контакт. Саме тому сучасні інклюзивні центри активно впроваджують принцип «рівний-рівному». Залучення до роботи спеціально навчених ветеранів дозволяє сформувати потужний міст довіри між травмованою особистістю та державними інституціями.

Показово, що інклюзивність не обмежується лише безпосередньою роботою з самим ветераном. Вона передбачає інтенсивну взаємодію з так званою «приймаючою громадою». Психоемоційний стан демобілізованої особи критично залежить від реакції зовнішнього середовища: роботодавців, колег, сусідів. Якщо локальний соціум транслює упередження або неготовність до відкритої комунікації, навіть найуспішніша індивідуальна терапія зазнає краху. Тому інклюзивні простори беруть на себе функцію медіатора, проводячи психоедукаційні заходи для локального бізнесу та освітніх закладів, формуючи толерантне та компетентне середовище.

З практичної точки зору, одним із найпотужніших стабілізуючих факторів для психіки колишнього військового є професійна самореалізація. Відповідно до напрацювань Міжнародної організації праці (МОП) [34], екологічна інтеграція на ринок праці знижує рівень фонові тривожності та депресії в рази ефективніше, ніж виключно медикаментозне втручання. Працевлаштування повертає втрачене відчуття контролю над власним життям, структурує час і забезпечує фінансову незалежність. Відтак, кар'єрне консультування всередині інклюзивного хабу стає невід'ємним терапевтичним інструментом.

Щоб систематизувати ці різноманітні процеси, нами було сформовано матрицю комплексного супроводу, яка наочно демонструє нерозривність соціальних і психологічних втручань на різних етапах повернення ветеранів війни до мирного життя (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Матриця комплексного соціально-психологічного супроводу
в інклюзивному середовищі**

Рівень втручання	Соціальний вектор (навігація та адаптація)	Психологічний вектор (відновлення та терапія)
Індивідуальний	Оформлення статусів, отримання пільг, медичне забезпечення, правовий захист	Робота з травматичним досвідом, кризове консультування, подолання адикцій, пошук нових життєвих смислів
Мікросоціальний (сім'я)	Організація спільного родинного дозвілля, допомога з навчанням дітей, соціально-побутовий патронаж	Сімейна психотерапія, психоедукація партнерів, подолання криз розлуки та емоційного відчуження
Макросоціальний (громада)	Кар'єрне консультування, адаптація робочих місць, грантова підтримка ветеранського підприємництва	Подолання суспільної стигми, навчання цивільного населення (зокрема роботодавців) правилам екологічної комунікації

Джерело: розроблено на основі [20; 43]

Наведена матриця підтверджує, що ефективна допомога вимагає жорсткої синхронності. Наприклад, якщо психолог працює з ветераном над контролем гніву (індивідуальний рівень), а соціальний працівник паралельно не проводить психоедукацію з його дружиною щодо тригерів цього гніву (сімейний рівень),

результативність терапії зводиться нанівець. Аналогічно соціальна екосистема розглядає родину як найважливіший ресурс відновлення, який сам перебуває у стані глибокого виснаження через тривалу розлуку та стрес [38, с. 61].

Варто додати, що на мікросоціальному рівні фундаментальною умовою ефективності інклюзивних послуг є системний фокус на відновленні навичок саморегуляції особистості. Як слушно зауважують Л. Кіщук та О. Новіков, бойова травма нерідко провокує глибоку когнітивно-емоційну дезінтеграцію, що проявляється в афективній нестабільності та зниженні метакогнітивного контролю [4, с. 20]. Відновити цей контроль ізольовано від найближчого оточення вкрай складно. Саме тому, за висновками О. Козак, робота в межах інклюзивного простору має безальтернативно спиратися на ресурсний підхід, де сім'я розглядається як єдина динамічна екосистема. Залучення родичів до психоосвітніх груп та сімейної терапії створює той безпечний психологічний «контейнер», у якому ветеран поступово повертає здатність до емоційної стабілізації та конструктивної взаємодії [6, с. 18-19].

Зрештою, надання психологічної допомоги через систему відкритих, безбар'єрних соціальних послуг виконує важливу превентивну функцію на рівні всієї держави. Ефективна реінтеграція та відновлення ментального благополуччя ветеранів війни запобігають їх маргіналізації, мінімізують рівень домашнього насильства та сприяють швидкому поверненню до громади.

Таким чином, система інклюзивних соціальних послуг виконує роль не просто адміністративного майданчика, а повноцінного терапевтичного середовища для ветеранів війни. На відміну від класичної клінічної моделі, інклюзивний підхід дестигматизує процес отримання психологічної допомоги, роблячи його безпечним та органічним. Завдяки об'єднанню зусиль мультидисциплінарних команд, роботі з приймаючою громадою, впровадженню принципу «рівний-рівному» та глибокому сімейному супроводу, такі соціальні екосистеми здатні не лише нівелювати наслідки бойового стресу. Вони формують надійний фундамент, що допомагає демобілізованій особі розкрити

власний потенціал, відновити соціальні зв'язки та повноцінно повернутися до активної участі в житті соціуму.

1.3. Зміст, форми та методи психологічної підтримки ветеранів війни в практиці надання інклюзивних соціальних послуг

Реалізація психологічної підтримки в практиці інклюзивних послуг потребує відходу від традиційної моделі «лікар-пацієнт» на користь партнерської взаємодії, що базується на глибокій повазі до військового досвіду. Відкритість соціального простору та відсутність медичної стигми дозволяють фахівцям розгорнути цілісну систему втручань, де змістовне наповнення роботи орієнтується на розвиток життєстійкості та саморегуляції. Вибір конкретних форм і методів у цьому середовищі диктується необхідністю створення безпечного переходу від фронтового минулого до цивільного майбутнього ветерана. Використання науково обґрунтованого інструментарію в процесі психологічної підтримки забезпечує ветерану можливість поступово інтегрувати пережиті події у нову, конструктивну ідентичність.

Аналізуючи зміст психологічної підтримки в межах соціальних послуг, варто розуміти, що він кардинально відрізняється від традиційної психіатрії. Замість фокусування виключно на пошуку патологій та подоланні симптомів бойового стресу, змістовна складова інклюзивної психологічної підтримки спрямована на посттравматичне зростання. Відповідно до настанов Всесвітньої організації охорони здоров'я (керівництво mhGAP для неспеціалізованих установ), зміст роботи психолога в соціальній сфері охоплює три ключові вектори: психоедукацію (пояснення людині того, що з нею відбувається), кризове втручання та розвиток навичок повсякденної саморегуляції [48]. Тобто головним завданням є не просто вилікувати ветерана, а навчити його самостійно керувати власним емоційним станом у процесі розбудови нового життя.

Для ефективної реалізації цього змісту сучасна психологія використовує різноманітні форми роботи. Робота у відкритому інклюзивному просторі (ветеранському центрі) дозволяє гнучко комбінувати індивідуальні та групові підходи, залежно від готовності самої особистості йти на контакт. В табл. 1.4 охарактеризуємо специфіку та психологічну мету кожної з основних форм.

Таблиця 1.4

**Класифікація форм психологічної підтримки ветеранів у межах
інклюзивного соціального простору**

Форма роботи	Специфіка реалізації	Основна психологічна мета
Індивідуальне консультування	Проводиться у відокремленому, безпечному приміщенні хабу з гарантією конфіденційності	Глибинне опрацювання індивідуальної бойової травми, робота зі специфічними фобіями, провинною вцілілого або гострим горем
Групова терапія (групи рівних)	Залучення ветеранів до спільних дискусій, де фасилітатором часто виступає спеціально навчений побратим за принципом «рівний-рівному»	Подолання соціальної ізоляції. Ветеран бачить, що його реакції не є унікальними чи «ненормальними», що знижує рівень стигматизації
Сімейне (парне) консультування	Залучення до роботи дружин/чоловіків. Може відбуватися паралельно з тим, як діти перебувають у дитячій зоні соціального центру	Налагодження втраченої комунікації, психоедукація партнерів щодо правильного реагування на тригери комбатанта
Громадоорієнтована робота	Проведення відкритих лекцій, тренінгів для місцевого бізнесу та цивільного населення на базі інклюзивного центру	Формування толерантного середовища (підготовка суспільства до екологічного прийняття ветеранів)

Джерело: розроблено на основі рекомендацій АРА щодо роботи з ветеранами [28]

Як можна побачити з табл. 1.4, групова форма роботи набуває в інклюзивних центрах особливого значення. Видатний психотерапевт І. Ялом у своїх працях доводив, що група виконує унікальну функцію «універсалізації досвіду» [49]. Коли колишній військовий чує від іншого ветерана історію про панічні атаки або спалахи гніву, він перестає вважати себе зламаним. Група стає тим безпечним тренажером, де людина заново вчиться довіряти оточенню, щоб потім перенести цю довіру на широке суспільство.

Що стосується безпосередніх інструментів впливу, то методи психологічної підтримки у соціальній практиці мають бути чітко структурованими та доказовими. Світовим золотим стандартом лікування наслідків мілітарного досвіду є клінічний протокол VA/DoD (Спільного департаменту у справах ветеранів та Мінборони США). Згідно з цим документом, найвищу ефективність у роботі з комбатантами демонструють травмофокусовані методи [45, с. 45]. Проте в умовах соціальних центрів вони часто доповнюються тілесно-орієнтованими практиками, які є більш доступними та зрозумілими для ветеранів, що уникають класичних «розмовних» терапій.

Основні методи психологічної підтримки ветеранів війни, які успішно імплементуються в практику інклюзивних соціальних послуг, відображено на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Основні методи психологічної підтримки ветеранів війни

Як видно на рис. 1.2, базовий арсенал фахівця в інклюзивному соціальному просторі спирається на чотири ключові методи, кожен з яких виконує своє унікальне завдання в процесі психологічної підтримки ветеранів війни.

Що стосується травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ), то її головне завдання – це виявлення та поступова зміна руйнівних переконань, сформованих в умовах бойових дій. Наприклад, ветеран може

потерпати від безпідставного відчуття провини вцілілого або генералізованої недовіри до світу. ТФ-КПТ дозволяє крок за кроком переформатувати такі когнітивні викривлення на більш реалістичні та адаптивні установки. В умовах соціального хабу цей метод є надзвичайно дієвим завдяки своїй чіткій структурованості та орієнтації на конкретний, вимірюваний результат [33].

Другим надзвичайно важливим компонентом є метод EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей). Оскільки спогади про травматичні події часто супроводжуються інтенсивним болем, багато комбатантів уникають розмовної психотерапії. Унікальність EMDR полягає в можливості безпечно опрацювати ці болісні спогади через білатеральну стимуляцію (наприклад, специфічні рухи очей), не змушуючи ветерана детально й уголос переказувати найважчі моменти. Це кардинально знижує психологічний опір і робить інтервенцію максимально безпечною [39].

Третій вектор представлений тілесно-орієнтованими вправами TRE (техніка зняття травми і стресу). Науково доведено, що бойовий стрес перманентно акумулюється в тілі. Вправи TRE запускають природний фізіологічний механізм легкого нейрогенного тремтіння, за допомогою якого нервова система самостійно «скидає» надлишок адреналіну та глибоку напругу. Демобілізовані військовослужбовці зазвичай сприймають такі заняття надзвичайно позитивно – скоріше як звичне тілесне тренування, аніж як складну клінічну терапію [42].

Завершує комплекс основних методів логотерапія – екзистенційний напрям, розроблений В. Франклом. Якщо попередні три інструменти працюють переважно з наслідками минулого, то логотерапія цілком спрямована в майбутнє. Її сутність полягає в допомозі ветерану віднайти новий, значущий життєвий сенс після повернення з війни. В інклюзивних центрах цей підхід ідеально синхронізується із заходами соціальної та професійної реінтеграції, допомагаючи людині побачити перспективу [9].

Важливо усвідомлювати, що в реальній практиці інклюзивного соціального простору перелічені методи рідко застосовуються ізольовано або за

єдиним жорстким шаблоном. Фахівці керуються принципом адаптивності та гнучкості. Наприклад, якщо ветеран відчуває сильний внутрішній спротив до розмовної когнітивної терапії, спеціаліст може розпочати роботу з тілесних практик або з пошуку нових життєвих орієнтирів через логотерапію. Таке поступове, обережне занурення допомагає стабілізувати нервову систему та підготувати психіку людини до глибшого опрацювання травми. Саме ця варіативність дозволяє уникнути ретравматизації та зробити процес відновлення максимально комфортним для ветеранів.

Наскрізною метою застосування всього цього методичного арсеналу є відновлення здатності ветерана до саморегуляції. Бойовий стрес часто руйнує внутрішні механізми контролю, що в цивільному житті може проявлятися через емоційні гойдалки, імпульсивність або спалахи гніву. Повернення метакогнітивного контролю дозволяє колишньому військовослужбовцю знову стати господарем власних реакцій та самостійно керувати своєю поведінкою. Крім того, ефективність таких психологічних інтервенцій суттєво зростає, коли вони гармонійно доповнюються освітніми та професійними програмами соціального хабу. Залучення до навчання чи відкриття власної справи допомагає ветеранам трансформувати свій унікальний лідерський досвід у нові досягнення, відновлюючи відчуття власної соціальної значущості.

Таким чином, система інклюзивних соціальних послуг створює найбільш сприятливі умови для психологічного відновлення ветеранів війни. Її зміст полягає не стільки в медичному лікуванні наслідків бойової травми, скільки в системній підтримці особистості: розкритті внутрішніх ресурсів, навчанні навичкам саморегуляції та загальному відновленні життєстійкості. Відповідні організаційні форми такої роботи (індивідуальні консультації, сімейні зустрічі та особливо групи взаємопідтримки) дозволяють повністю уникнути лікарняної атмосфери та суспільного осуду. Завдяки цьому ветеран не відчуває себе пацієнтом, а залишається рівноправним учасником процесу. Зі свого боку, практичні методи базуються виключно на перевірених наукових підходах. Фахівці мають можливість гнучко чергувати когнітивні, тілесно-орієнтовані та

пошуково-сенсові техніки, м'яко підлаштовуючи їх під поточний стан і готовність кожної конкретної людини. Все це дозволяє перетворити соціальний простір на надійне середовище, де ветеран може успішно відновитися та впевнено розпочати новий етап мирного життя.

Висновки до розділу 1

Підсумовуючи перший розділ, варто зазначити, що повернення ветеранів до цивільного життя завжди супроводжується глибокою внутрішньою трансформацією, оскільки бойовий досвід неминуче змінює світосприйняття та базові цінності людини. Психологічні наслідки участі у збройних конфліктах є багатограними: від гострих стресових реакцій до складнощів у відновленні повсякденної комунікації з оточенням. У зв'язку з цим процес реадaptaції не повинен зводитися до спроб стерти чи проігнорувати пережите на фронті. Справжня мета полягає в екологічній інтеграції військового досвіду в нову ідентичність, що вимагає виваженого, послідовного та фахового супроводу.

Найбільш сприятливим середовищем для організації такого супроводу виступає сучасна система інклюзивних соціальних послуг. Стало зрозуміло, що традиційна медична модель часто відштовхує ветеранів через ризик суспільної стигматизації та небажання відчувати себе «пацієнтом». Натомість відкриті громадські простори чи інтегровані ветеранські центри пропонують безпечну атмосферу прийняття та рівності. Допмагаючи демобілізованій особі розв'язати першочергові побутові, юридичні чи кар'єрні питання, фахівці формують міцний фундамент довіри. Саме ця базова життєва стабільність стає ключовою умовою для розгортання подальшої роботи з психологічного відновлення.

У межах такого безпечного простору психологічна підтримка набуває принципово нових рис, гнучко адаптуючись до реальних потреб ветеранів. Її змістовне наповнення зміщується з лікування патологій на розкриття внутрішніх ресурсів, розвиток емоційної саморегуляції та життєстійкості. Для забезпечення

максимального комфорту застосовуються адаптивні форми взаємодії, де особливу цінність мають групи підтримки серед побратимів та тісна робота з родинами. Водночас спеціалісти використовують виключно доказові методи – від когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих практик до безпечного опрацювання спогадів і пошуку нових життєвих сенсів, ретельно підбираючи інструменти під готовність конкретної людини.

Отже, відкритий простір інклюзивних соціальних послуг стає саме тим місцем, де захисник відчуває себе повноцінною частиною суспільства. Вже на цьому ґрунті розгортається психологічна робота, яка завдяки сучасним формам (як-от взаємопідтримка побратимів) та перевіреним методам (робота з тілом, когніціями, пошук сенсів) допомагає людині повернути контроль над власними емоціями. Такий цілісний, людиноцентричний підхід гарантує, що ветеран не залишиться сам на сам зі своїми переживаннями, а зможе гідно й повноцінно розбудовувати своє цивільне майбутнє.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В БЛАГОПОЛУЧЧІ ВЕТЕРАНІВ

2.1. Організація, процедура та методичне забезпечення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження ролі психологічної підтримки в благополуччі ветеранів було сплановано з метою об'єктивної перевірки висунутої гіпотези. Головне завдання даного етапу дослідження полягало у тому, щоб довести: залучення ветеранів до відкритого простору інклюзивних соціальних послуг та отримання ними комплексної підтримки є вагомим чинником зниження дистресу і стимулювання посттравматичного зростання.

Щоб забезпечити максимальну прозорість, процедуру дослідження було розбито на кілька логічних кроків. Основні етапи процедури даного дослідження відображено на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Етапи емпіричного дослідження

Враховуючи специфіку цільової аудиторії та високу чутливість теми, основним методом збору даних було обрано дистанційне анонімне опитування за допомогою платформи Google Forms. Такий формат дозволив мінімізувати психологічний дискомфорт респондентів. Процес залучення 50 ветеранів до опитування відбувався комбінованим шляхом. Відтак, спершу було розіслано посилання на електронну форму через месенджери (Telegram та Viber) адміністраторам кількох регіональних ветеранських просторів та хабів із проханням поширити її серед відвідувачів. Проте найбільш дієвим інструментом збору даних виявився метод так званого «сарафанного радіо». Ветерани, які першими пройшли опитування і переконалися в його коректності та анонімності, самостійно пересилали посилання своїм побратимам і посестрам у закриті ветеранські чати. Завдяки цій неформальній комунікації нам вдалося швидко зібрати необхідну кількість відповідей.

Налаштування форми передбачало неможливість повторного проходження тестування з одного облікового запису. Крім того, перша сторінка опитувальника містила детальну інформацію про мету дослідження та гарантії нерозголошення персональних даних.

Для розуміння соціального портрета досліджуваних було згруповано ключові соціально-демографічні характеристики у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Соціодемографічний профіль досліджуваної вибірки ветеранів (n=50)

Критерій	Категорія	Кількість осіб	Частка (%)
Стать	Чоловіча	42	84%
	Жіноча	8	16%
Віковий розподіл	Від 21 до 30 років	14	28%
	Від 31 до 40 років	26	52%
	Понад 41 рік	10	20%
Сімейний стан	У шлюбі / цивільний шлюб	29	58%
	Неодружені / розлучені	21	42%
Час після демобілізації	До 1 року (гостра адаптація)	18	36%
	Від 1 до 3 років	24	48%
	Понад 3 роки	8	16%

Як видно з таблиці 2.1, вибірка охоплює різні вікові категорії, де ядро (52%) складають особи віком 31-40 років. Переважна більшість респондентів перебувають на етапі активної реінтеграції, коли потреба у фаховому соціально-психологічному супроводі є найбільш гострою.

Відповідно до логіки проведеного дослідження, методичне забезпечення формувалося так, щоб комплексно охопити соціальний контекст, стан емоційної сфери та ресурсний потенціал особистості. Структуру підбраного діагностичного комплексу наведено на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Компоненти психодіагностичного інструментарію

Розглянемо специфіку застосування та детальний зміст кожної обраної методики.

Так, першочерговим етапом стало застосування *Авторської анкети оцінки соціально-психологічного благополуччя та ефективності підтримки ветеранів* (Додаток А). Цей інструмент містить 10 цілеспрямованих запитань. Перші п'ять пунктів виконують суто демографічну функцію (стать, вік, сімейний статус, наявність інвалідності). Далі йде блок специфічних питань: так, запитання №6 дозволяє чітко розмежувати респондентів за досвідом звернення

по допомогу (до державних ЦНАПів чи недержавних хабів), а запитання №7 дає можливість оцінити загальну інклюзивність послуг у громаді.

Особлива увага в анкеті приділена запитанню №8, яке є ключовим для розуміння досліджуваної проблематики: воно виявляє конкретні бар'єри при спробі отримати соціальну чи психологічну підтримку. Детально досліджувалось, що саме заважає ветерану отримати підтримку – бюрократична паперова тяганина, відсутність пандусів, некомпетентність працівників чи власний внутрішній страх суспільної стигматизації. Запитання №9 визначало пріоритетні формати роботи (індивідуальні консультації чи групи «рівний-рівному»), а фінальне запитання №10 дозволило отримати поточну самооцінку загального психологічного стану та рівня благополуччя.

Другим інструментом виступила **Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)** (Додаток Б). Методика складається з 12 прямих тверджень і дозволяє математично оцінити три субшкали: рівень підтримки з боку сім'ї, відчуття опори від друзів та наявність у житті «значущого іншого» (побратима, партнера). Використання цієї шкали доводить, що саме суб'єктивно сприйнята підтримка є запорукою успішної реінтеграції [31].

По-третє, для фіксації деструктивних наслідків бойового досвіду було використано **Шкалу депресії, тривоги та стресу (DASS-21)** (Додаток В). Вона складається з 21 пункту і є високочутливим інструментом для розмежування трьох різних станів: депресії (втрата сенсу, ангедонія), тривоги (вегетативне збудження, паніка) та стресу (хронічне нервово напруження). Оскільки це скорочена версія, отримані сирі бали множилися на 2 для порівняння зі стандартними клінічними нормами [32].

Четвертою використаною методикою стала **Шкала життєстійкості (CD-RISC-10)** (Додаток Г). Це компактний (на 10 тверджень), але вкрай надійний інструмент, що фокусується виключно на здатності психіки адаптуватися до змін та відновлюватися після психологічних травм [30].

П'ятим, завершальним елементом виступив **Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI)** (Додаток Д). Ця методика (21 пункт)

дозволяє оцінити зростання за п'ятьма сферами: стосунки з іншими, нові можливості, особистісна сила, духовні зміни та цінність життя. Вона допомагає перевірити, чи здатна соціальна підтримка перетворити бойову травму у джерело нових життєвих смислів [5, с. 47-48].

Респондентам надсилялось посилання на відповідну Google Forms з комплексом даних методик (URL: <https://forms.gle/VVjkPX7KZnf21j1N6> [22]).

Після автоматизованого збору відповідей масив первинних даних («сирих» балів) був експортований у табличний процесор Microsoft Excel. Всі обчислення здійснювалися безпосередньо за допомогою відповідних математичних формул в електронних таблицях. Алгоритм цієї роботи подано на рис. 2.3.



Рис. 2.3. Алгоритм математико-статистичної обробки в MS Excel

На етапі описової статистики за допомогою вбудованих формул визначалися середні арифметичні значення та стандартні відхилення. Для того, щоб з'ясувати, чи справді ветерани, які відвідують інклюзивні простори, мають нижчий рівень стресу, застосовувався розрахунок *параметричного Т-критерію Стьюдента*. А для виявлення глибинних структурних взаємозв'язків між соціальною підтримкою та резильєнтністю *використовувався метод рангової кореляції Спірмена*. Процедура полягала у присвоєнні рангів кожному показнику, знаходженні різниці між рангами та підстановці цих значень у класичну статистичну формулу. Достовірними вважалися результати при рівні статистичної значущості $p \leq 0,05$.

Таким чином, ретельно продумана процедура збору даних, використання комплексу міжнародно визнаних діагностичних шкал та розробка власної анкети дозволили сформувати якісний масив первинної інформації. Застосований

дистанційний формат забезпечив максимальний рівень відвертості респондентів і унеможливив ризик їхньої ретравматизації під час тестування.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Після завершення етапу збору первинної інформації та її попередньої систематизації в електронних таблицях, було здійснено перехід до ключової стадії дослідження – глибокого якісного та кількісного аналізу отриманих даних. Цей етап є фундаментальним, оскільки він дозволяє перетворити статичні цифрові показники на психологічні факти, які безпосередньо підтверджують або спростовують висунуту гіпотезу.

Для забезпечення максимальної валідності порівняльного аналізу, на основі відповідей на ключове запитання розробленої анкети (запитання №6 щодо досвіду звернення по підтримку), загальний масив респондентів ($n=50$) було розділено на дві окремі групи:

Група 1 («Інклюзивна психологічна підтримка», $n=26$): ветерани, які регулярно відвідують недержавні ветеранські простори, хаби або користуються послугами комплексних центрів життестійкості громад.

Група 2 («Автономна/формальна адаптація», $n=24$): ветерани, які взагалі не зверталися по психологічну допомогу або мали досвід звернення виключно до формальних державних установ (управління соціального захисту, ЦНАП) суто для вирішення адміністративних чи паперових питань.

1) Аналіз результатів за Авторською анкетною оцінкою соціально-психологічного благополуччя

Завдяки розробленій анкеті вдалося не лише здійснити обґрунтований поділ вибірки, але й зрозуміти реальний ландшафт потреб та перешкод, з якими вони стикаються. Застосування цього інструмента дозволило верифікувати припущення про те, що медична стигма та бюрократія виступають головними бар'єрами на шляху до психологічного відновлення, а також чітко визначити

формати роботи, які демобілізовані особи вважають для себе найбільш безпечними та прийнятними.

Насамперед було проаналізовано суб'єктивні перешкоди, які заважають ветеранам отримувати якісну підтримку (запитання №8). Оскільки респонденти мали змогу обирати кілька варіантів відповідей одночасно, загальна сума відсотків перевищує 100%. Отримані кількісні та відсоткові дані систематизовано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл суб'єктивних бар'єрів при спробі отримання соціально-психологічної підтримки ветеранами

Вид перешкоди	Група 1 (Інклюзивна), n=26	Група 2 (Формальна), n=24	По вибірці загалом
Власний психологічний бар'єр (страх стигми)	8 осіб (30,7%)	17 осіб (70,8%)	50,0%
Бюрократія та паперова тяганина	12 осіб (46,1%)	19 осіб (79,1%)	62,0%
Некомпетентність/ нетактовність фахівців	5 осіб (19,2%)	14 осіб (58,3%)	38,0%
Відсутність інформації про послуги	6 осіб (23,0%)	15 осіб (62,5%)	42,0%
Фізична недоступність установ	4 особи (15,3%)	7 осіб (29,1%)	22,0%

Інтерпретуючи дані таблиці 2.2, можна спостерігати серйозний розрив у сприйнятті соціальної реальності між двома групами. Для Групи 2 абсолютним лідером серед перешкод є бюрократія та паперова тяганина (79,1%), що цілком закономірно відображає досвід взаємодії з формальними державними структурами. Тривалі очікування в чергах та необхідність доводити свій статус формують у ветеранів почуття фрустрації та знецінення їхнього бойового досвіду.

Проте найважливішим психологічним інсайтом є показник внутрішніх перешкод. Аж 70,8% осіб із Групи 2 (які уникають повноцінної психологічної підтримки) зізналися у наявності потужного внутрішнього бар'єра – страху стигматизації, небажання просити про допомогу та побоювання отримати тавро

«психічно нестабільного». Це явище тісно пов'язане з мілітарною культурою, де прояв вразливості часто прирівнюється до слабкості. Водночас у Групі 1, яка інтегрована у ветеранські простори, цей показник більш ніж удвічі нижчий (30,7%). Зазначена різниця беззаперечно доводить, що інклюзивне, відкрите середовище (де допомога надається у форматі спілкування, тренінгів чи простору для відпочинку) ефективно дестигматизує процес отримання психотерапевтичних послуг, знімаючи первинний опір особистості.

Також звертає на себе увагу бар'єр некомпетентності фахівців: 58,3% респондентів з автономної групи стикалися з нетактовністю у соціальних установах. Цивільні працівники часто ставлять травматичні запитання або демонструють надмірний жаль, що викликає у ветеранів агресію та бажання ізолюватися.

Наступним кроком було проаналізовано пріоритетні формати роботи (запитання №9), яким ветерани віддають перевагу. Для візуалізації цих вподобань побудуємо рис. 2.4.

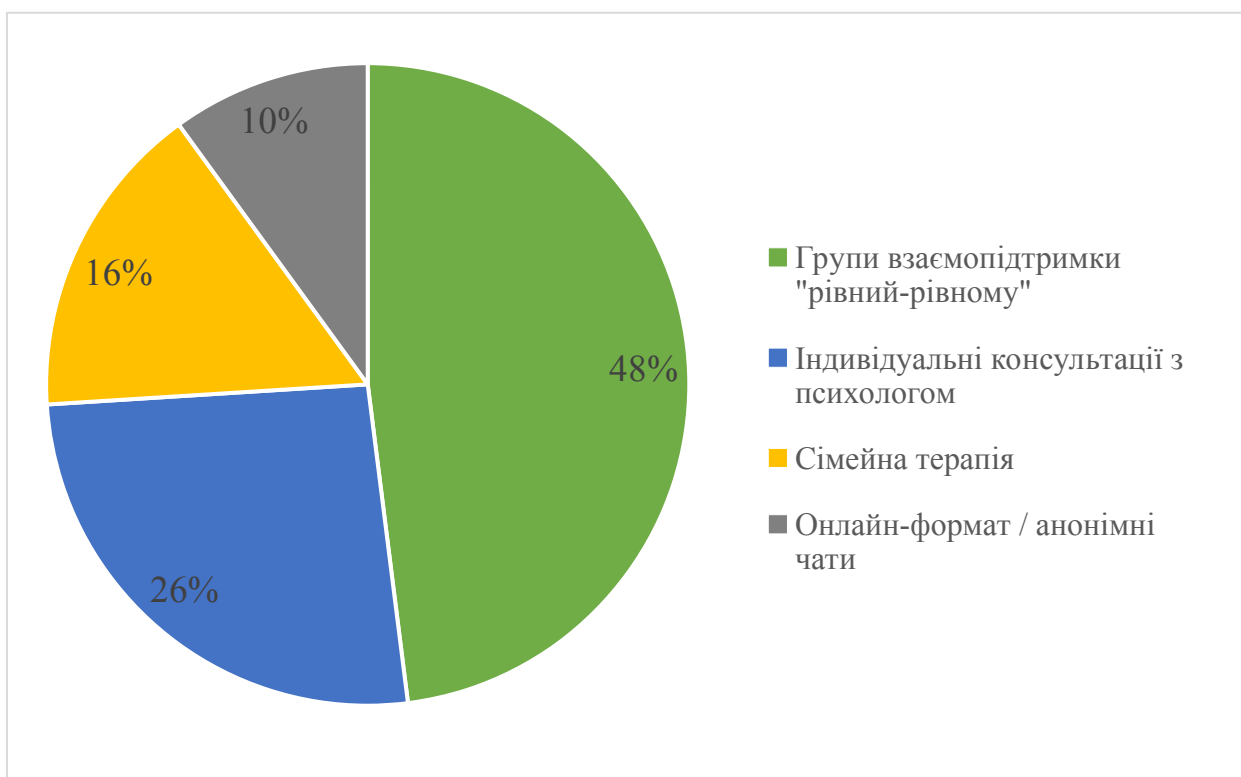


Рис. 2.4. Пріоритетні формати психологічної підтримки (за оцінками респондентів)

Як яскраво демонструє рис. 2.4, майже половина опитаних (48%) надає перевагу групам взаємопідтримки за принципом «рівний-рівному». Глибинний психологічний сенс такого вибору полягає у потребі підтвердження власного досвіду. У колі побратимів ветерану не потрібно пояснювати базові речі або стримувати специфічні емоції. Спільне минуле створює миттєву довіру. Класичні індивідуальні консультації обирає лише чверть опитаних (26%). Такий розподіл сигналізує про необхідність реформування системи надання послуг: фокус уваги доцільно зміщувати з ізольованої кабінетної терапії на розбудову соціальних ветеранських спільнот, які слугують своєрідним містком між фронтом і цивільним життям.

Завершальним етапом опрацювання розробленої анкети став розгляд відповідей на запитання №10, яке передбачало інтегральну суб'єктивну самооцінку поточного психологічного благополуччя. Відтак, серед відвідувачів інклюзивних просторів (Група 1) понад 65% респондентів цілком свідомо оцінили свій стан як «добрий» або «відмінний». У своїх відповідях вони зазначили, що загалом успішно справляються з побутовими труднощами і відчують впевненість у власних силах. Натомість показники Групи 2 виявилися критично іншими: тут 75% опитаних обрали варіанти «важкий» або лише «задовільний» стан. Представники автономної групи прямо вказали на часте відчуття емоційної виснаженості, хронічну напругу та глибоку ізольованість від соціуму. Зафіксована різниця у базовому самосприйнятті підтверджує той факт, що самостійні спроби повернутися до мирного ритму без сторонньої фахової допомоги часто заганняють людину в глухий кут, вимагаючи колосальних витрат внутрішньої енергії.

2) Аналіз результатів за Багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)

За допомогою методики MSPSS вдалося математично об'єктивізувати відчуття соціальної захищеності ветерана. Основне досягнення цього етапу діагностики полягає у доведенні факту, що наявності лише сімейної підтримки катастрофічно недостатньо для повноцінної реінтеграції. Методика чітко

зафіксувала, як саме інклюзивні простори компенсують гострий дефіцит дружньої опори, що виникає після повернення ветерана у цивільне, не завжди підтримуюче середовище.

Підрахунок середніх балів (у діапазоні від 1 до 7) за трьома субшкалами та загальним показником для обох дослідницьких груп відображено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Показники рівня сприйнятої соціальної підтримки ветеранів
(за методикою MSPSS)

Субшкала підтримки	Група 1 (Інклюзивна), M ± SD	Група 2 (Формальна), M ± SD
Підтримка сім'ї (Family)	5,8 ± 0,8	5,2 ± 1,1
Підтримка друзів (Friends)	5,6 ± 0,9	3,4 ± 1,3
Значущий інший (Significant Other)	6,1 ± 0,7	4,2 ± 1,5
Загальний показник підтримки	5,83 (Високий)	4,26 (Помірний)

Детальний аналіз значень табл. 2.3 розкриває надзвичайно глибоку психологічну картину розриву соціальних зв'язків. Показники підтримки з боку родини («Підтримка сім'ї») у обох групах є відносно високими і статистично близькими (5,8 та 5,2 бала відповідно). Це означає, що незалежно від того, відвідує ветеран спеціалізований хаб чи залишається наодинці зі своїми думками, родина намагається бути для нього опорою. Близькі люди забезпечують базовий рівень прийняття.

Проте кардинальний, прірвоподібний розрив спостерігається за субшкалою «Підтримка друзів». У Групі 2 цей показник падає до критичних 3,4 бала, що межує з низьким рівнем соціальної ізоляції. З психологічної точки зору це пояснюється феноменом «цивільного дисконекту» – після пережитого на війні старі цивільні друзі здаються ветерану інфантильними, їхні проблеми сприймаються як дріб'язкові, через що комунікація руйнується. Нових зв'язків автономний ветеран не будує, замикаючись у собі. Натомість Група 1 демонструє стабільно високий рівень дружньої підтримки (5,6 бала). Інклюзивний простір

безпосередньо генерує для них нову мережу контактів, формуючи коло друзів із числа тих, хто має подібний досвід і схожі цінності.

Аналогічна динаміка простежується за субшкалою «Значущий інший». У відвідувачів інклюзивних просторів цей показник сягає максимуму (6,1 бала). Роль значущого іншого тут часто перебирає на себе ментор, кейс-менеджер простору, фаховий психолог або старший побратим-фасилітатор, який здатен забезпечити безумовне слухання без оціночних суджень.

Для наочності профілі соціальної підтримки обох груп зображено на рис. 2.5.

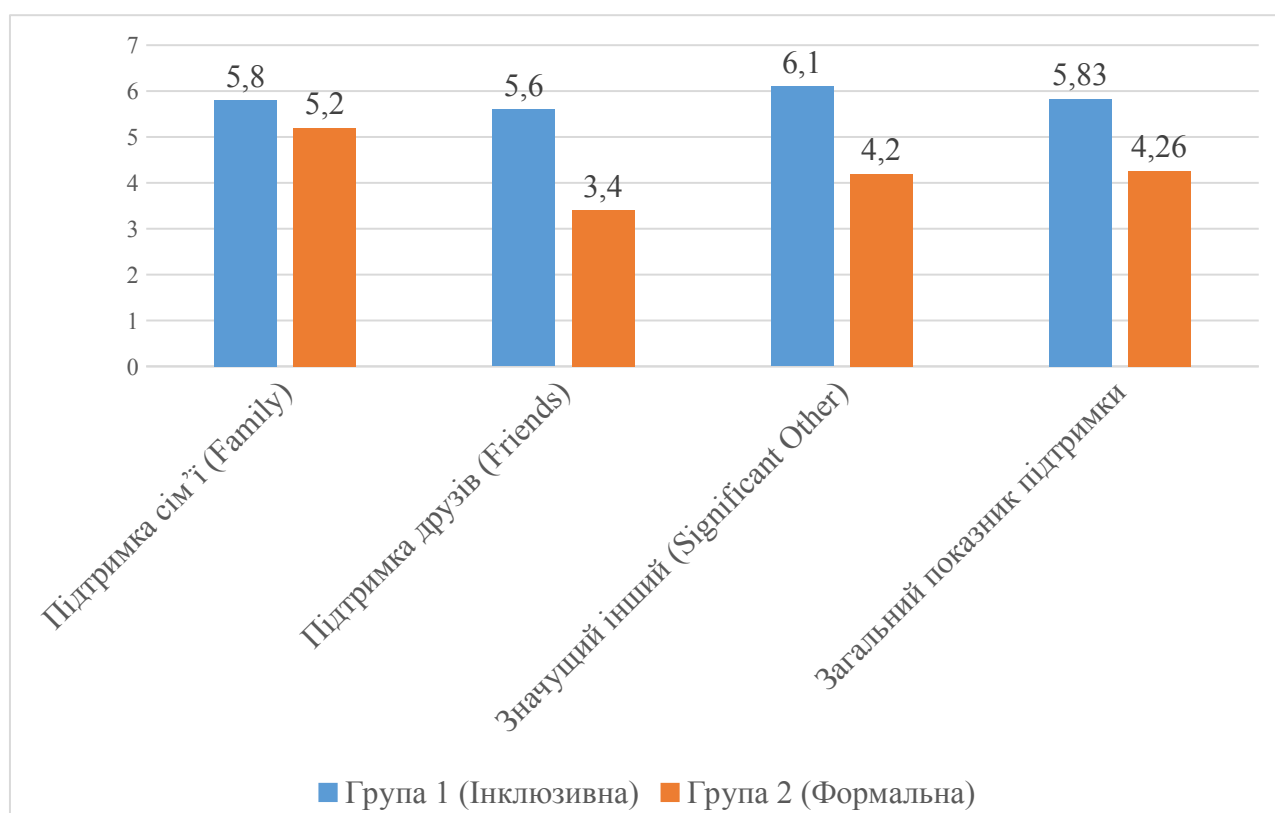


Рис. 2.5. Профілі сприйнятої соціальної підтримки за джерелами (середні бали)

Рис. 2.5 переконливо засвідчує, що автономна, некерована адаптація призводить до небезпечного звуження соціального світу ветерана виключно до меж власного дому. Це створює надмірне емоційне навантаження на членів родини (дружину, батьків), що зрештою загрожує швидким вигоранням сімейної системи і виникненням конфліктів. Інклюзивні ж послуги розширюють цей світ,

формує міцний, багат шаровий соціальний буфер, який розподіляє емоційне навантаження.

3) Аналіз результатів за Шкалою депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Використання клінічно орієнтованої шкали DASS-21 дало змогу здійснити диференційований зріз психоемоційного неблагополуччя респондентів. Головне досягнення застосування цієї методики полягає у можливості не просто констатувати абстрактну наявність «бойової травми», а розщепити її на три конкретні складові: соматичну тривожність, когнітивну депресію та загальне нервово виснаження (стрес). Це дозволило детально простежити, як саме наявність підтримуючого середовища впливає на пом'якшення кожного конкретного симптому.

Після підрахунку «сирих» балів та їх множення на коефіцієнт два (для приведення результатів до стандарту повної версії DASS-42), було визначено середні показники та здійснено відсотковий розподіл респондентів за рівнями тяжкості станів. Зведені дані представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Показники вираженості депресії, тривоги та стресу серед ветеранів
(за методикою DASS-21)

Субшкала дистресу	Показник оцінки	Група 1 (Інклюзивна), n=26	Група 2 (Формальна), n=24
Депресія	Середній бал (М)	12,4 (Легкий)	18,7 (Помірний)
	Частка осіб із сильним рівнем	7,6%	37,5%
Тривога	Середній бал (М)	8,1 (Легкий)	16,2 (Сильний)
	Частка осіб із сильним рівнем	3,8%	54,1%
Стрес	Середній бал (М)	14,8 (Норма/легкий)	24,5 (Помірний/сильний)
	Частка осіб із сильним рівнем	11,5%	45,8%

Психологічна інтерпретація результатів, наведених у табл. 2.4, розкриває руйнівні механізми впливу бойового досвіду на неінтегровану в соціум особистість. Найбільш критичною та вразливою зоною для Групи 2 виявилася

«Тривога». Середній бал у цій підгрупі сягає 16,2 (що відповідає сильному, межовому рівню тяжкості), а більше половини осіб (54,1%) страждають від яскраво виражених, екстремальних симптомів. Шкала тривоги у структурі DASS-21 вимірює переважно вегетативне збудження: сухість у роті, тремор кінцівок, утруднене дихання, тахікардію та постійне очікування раптової паніки. За своєю суттю, це прямий наслідок перманентної гіперпильності, яка була життєво необхідним механізмом виживання на фронті, але продовжує виснажувати нервову систему в умовах мирного міста. Натомість у Групі 1 показник тривоги вдвічі нижчий (8,1 – легкий рівень). Відчуття соціальної приналежності та фізичної безпеки, яке системно транслює ветеранський хаб, працює як заспокійливий фактор для симпатичної нервової системи, фізіологічно знижуючи викид гормонів стресу.

За субшкалою «Стрес» (яка фіксує хронічне нервово напруження, дратівливість, нетерплячість та надмірну емоційну реактивність на подразники) спостерігається ідентична тенденція. Ветерани, схильні до автономної адаптації, перебувають у стані постійного перевантаження ($M=24,5$). Будь-який побутовий конфлікт або шум здатні викликати у них спалах неконтрольованого гніву. Водночас Група 1 демонструє показники на межі нормативного рівня ($M=14,8$). Наявність легального простору для відреагування накопичених емоцій (спілкування з фахівцями, участь у тренінгах чи групах підтримки) функціонує як психологічний запобіжний клапан, що поступово знімає надлишковий внутрішній тиск.

Відносно менший, але все ж значущий розрив між групами спостерігається за шкалою «Депресія» ($M=12,4$ проти $M=18,7$). У контексті реадаптації депресія тісно пов'язана із втратою життєвих орієнтирів, глибокою нездатністю відчувати радість та екзистенційною порожнечою. Подолання цього стану є найбільш тривалим і складним етапом відновлення. Безумовно, саме лише інклюзивне середовище не здатне за один день повернути людині втрачені життєві сенси, проте воно відіграє роль надійної опри, яка не дозволяє особистості скотитися у

прірву глибокої клінічної депресії. Так, у Групі 1 лише 7,6% осіб мають сильний рівень депресивної симптоматики, тоді як у Групі 2 цей показник сягає аж 37,5%.

Для візуального підтвердження розподілу респондентів за рівнями вираженості депресії, тривоги та стресу розроблено відповідний рис. 2.6.

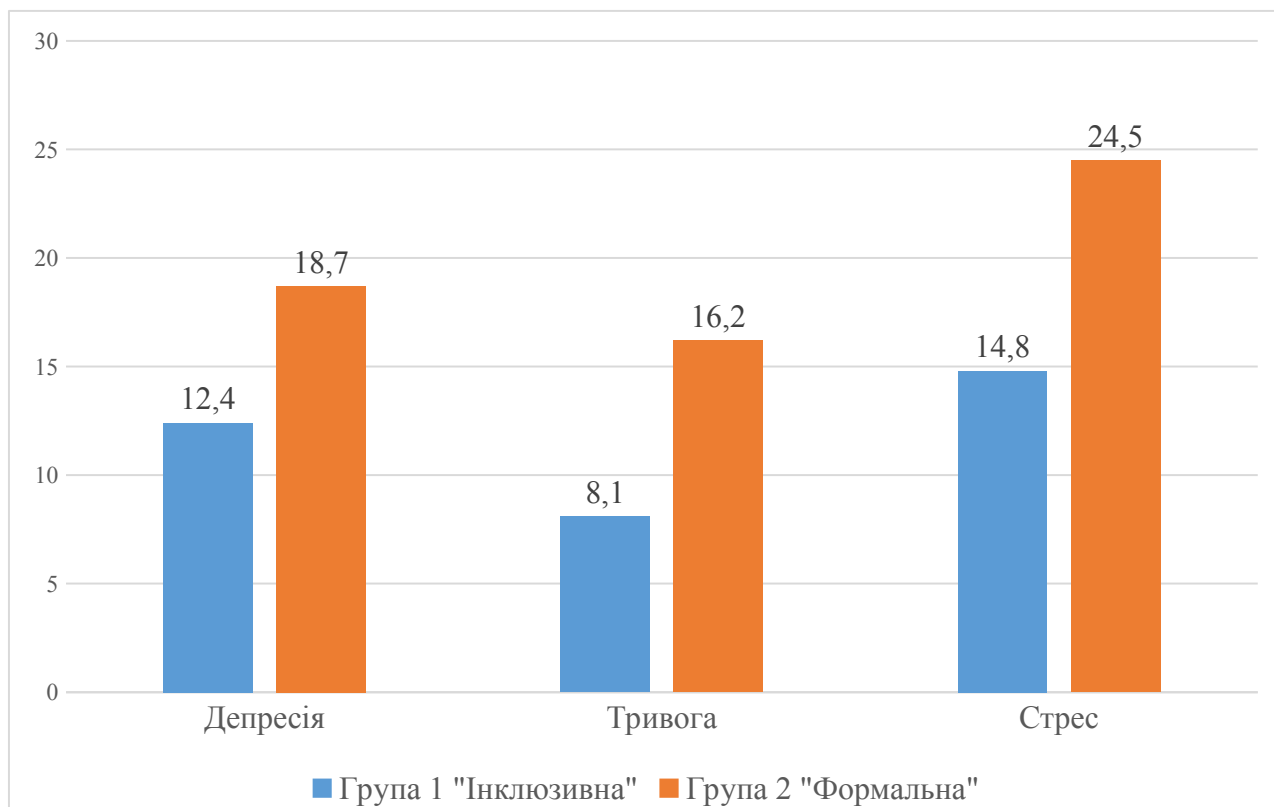


Рис. 2.6. Середні показники вираженості депресії, тривоги та стресу серед ветеранів (за методикою DASS-21)

Аналіз рис. 2.6 не залишає простору для сумнівів: соціальна ізоляція ветерана виступає безпосереднім каталізатором психопатологічних розладів. За відсутності зовнішньої підтримки ресурси психіки швидко вичерпуються під вагою неінтегрованого травматичного матеріалу.

4) Аналіз результатів за Шкалою життєстійкості (CD-RISC-10)

Критично важливим завданням було виміряти не лише наявність руйнівних симптомів (дистресу), але й оцінити наявність внутрішніх захисних механізмів. За допомогою Шкали CD-RISC-10 вдалося кількісно виміряти адаптаційний потенціал особистості. Головний здобуток застосування цієї методики полягає у спростуванні міфу про те, що резильєнтність є виключно

вродженою рисою характеру. Результати підтверджують, що резильєнтність – це динамічне утворення, яке здатн зростати та зміцнюватися за умови регулярного підживлення з боку сприятливого соціального середовища.

Підсумкові бали (у діапазоні від 0 до 40) за шкалою життєстійкості були обчислені для кожного респондента. Групові показники систематизовано у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Рівні психологічної життєстійкості ветеранів (за методикою CD-RISC-10)

Рівень життєстійкості	Група 1 (Інклюзивна), n=26	Група 2 (Формальна), n=24
Високий (30-40 балів)	15 осіб (57,7%)	4 особи (16,6%)
Середній (20-29 балів)	9 осіб (34,6%)	11 осіб (45,8%)
Низький (0-19 балів)	2 особи (7,7%)	9 осіб (37,6%)
Середній бал по групі (M)	31,2 бала	22,4 бала

Інтерпретація отриманих масивів даних виявляє сильний ресурсотворчий ефект інклюзивних соціальних послуг. У Групі 1 середній показник становить 31,2 бала, що впевнено відповідає високому рівню життєстійкості. Значна частина (57,7%) цих ветеранів демонструє високу когнітивну та емоційну гнучкість. Вони здатні розглядати нові труднощі як виклик, а не як вирок, досить швидко мобілізують сили після життєвих невдач і вміють зберігати ясність мислення в умовах тиску. Психологічна робота, кар'єрне консультування та супровід, що надаються в центрах, цілеспрямовано формують у них внутрішній локус контролю – усвідомлення власної здатності впливати на перебіг свого життя.

Водночас картина функціонування психіки у Групі 2 викликає занепокоєння. Понад третина ветеранів з цієї вибірки (37,6%) має низький рівень життєстійкості, а загальний середній бал знаходиться біля нижньої межі середнього рівня (22,4 бала). У цих осіб формується синдром так званої «вивченої безпорадності». Кожна нова перешкода на їхньому шляху до реінтеграції (наприклад, відмова у працевлаштуванні, нерозуміння в сім'ї чи

бюрократична відписка чиновників) сприймається ними як глобальна катастрофа, що посилює нав'язливе обдумування негативу та переконує у власній неспроможності адаптуватися до цивільного світу.

Для детальнішого розуміння специфіки цього ресурсного розподілу розроблено порівняльну схему (рис. 2.7).

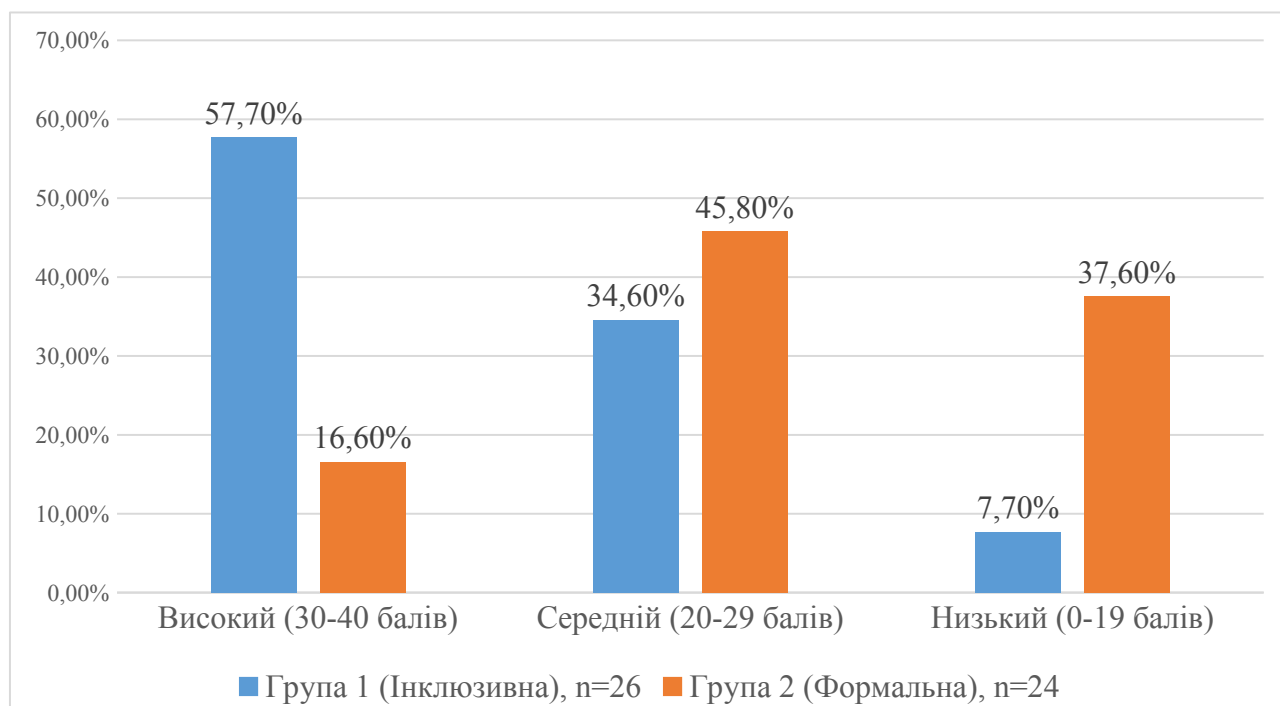


Рис. 2.7. Співвідношення рівнів життєстійкості залежно від залученості до соціальної підтримки

Аналізуючи ці дані у комплексі з попередніми показниками стресу, підтверджується важливий психологічний парадокс: суворий військовий досвід сам по собі не робить психіку людини «непробивною» у мирному житті. Фронтowa витривалість часто тримається на граничній мобілізації ресурсів організму. Натомість справжня, цивільна життєстійкість потребує довготривалого плекання у підтримуючому соціальному середовищі, де ветеран отримує право на емоційну розрядку без страху бути знеціненим.

5) Аналіз результатів за Опитувальником посттравматичного зростання (PTGI)

Опитувальник PTGI став завершальним інструментом проведеного емпіричного дослідження. З його допомогою фокус аналізу було свідомо

зміщено з констатації психопатології на вивчення позитивної трансформації особистості. Застосування цієї методики дозволило математично підтвердити найскладнішу теоретичну тезу: травматичний досвід війни може стати потужним каталізатором глибоких позитивних змін (переоцінки цінностей, розвитку екзистенційної мудрості, глибокої емпатії). Проте таке перетворення травми на ресурс можливе переважно за умови якісного, системного та фахового соціально-психологічного супроводу.

Опитувальник передбачає оцінку за 21 пунктом, які згруповані у п'ять специфічних субшкал. Загальний бал може коливатися в межах від 0 до 105. Зведені результати вимірювання посттравматичного зростання представлено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Показники посттравматичного зростання ветеранів
(за субшкалами методики PTGI)

Сфера посттравматичного зростання	Група 1 (Інклюзивна), M ± SD	Група 2 (Формальна), M ± SD
Стосунки з іншими (макс. 35)	26,4 ± 4,1	14,2 ± 5,3
Нові можливості (макс. 25)	18,5 ± 3,8	9,8 ± 4,1
Особистісна сила (макс. 20)	16,2 ± 2,5	11,4 ± 3,2
Цінність життя (макс. 15)	12,4 ± 2,1	8,6 ± 2,5
Духовні зміни (макс. 10)	6,8 ± 1,9	4,1 ± 2,0
Загальний показник PTGI (макс. 105)	80,3 (Високий)	48,1 (Помірний/низький)

Дані, зафіксовані у табл. 2.6, засвідчують велику, майже дворазову різницю у загальному показнику посттравматичного зростання: 80,3 бала у Групі 1 проти 48,1 бала у Групі 2.

Специфіка зростання за окремими субшкалами розкриває унікальну картину. Відтак, найбільший розрив зафіксовано у сфері «Стосунки з іншими» (26,4 проти 14,2 бала). Ті демобілізовані особи, які отримують психологічну допомогу, беруть участь у тренінгах та спілкуються в групах рівних, заново

вчать будувати довірливі стосунки. У їхніх відповідях простежується усвідомлення того, що вони стали більш емпатійними, навчилися приймати допомогу від сторонніх і почали докладати значно більше свідомих зусиль для збереження сімейних зв'язків. Ізольовані ж ветерани з Групи 2 залишаються емоційно відстороненими, а їхній низький бал свідчить про збереження так званих «зруйнованих ілюзій» щодо надійності оточуючого світу.

Субшкала «Нові можливості» (18,5 проти 9,8 бала) відображає здатність та готовність особистості гнучко змінювати життєвий маршрут. Багато респондентів з Групи 1, спираючись на кар'єрне консультування та юридичну допомогу в інклюзивних просторах, наважилися відкрити власну справу, змінили професію або активно долучилися до громадського сектору. Життєва криза стала для них точкою нового старту для ідентичності. На противагу їм, представники автономної групи часто відчують екзистенційну безвихідь, не бачачи для себе гідного місця на цивільному ринку праці та у суспільстві загалом.

Окремого аналізу потребує показник «Особистісна сила». Хоча він відносно непогано виражений у обох групах, його якісне наповнення кардинально відрізняється. У Групі 1 (16,2 бала) ця сила набуває конструктивного, проактивного характеру («я знаю, що здатен контролювати ситуацію і вирішувати проблеми»). У Групі 2 (11,4 бала) виявлена «сила» має швидше реактивний відтінок вимушеного терпіння та фаталізму («я мушу нести цей тягар самотійно, бо ніхто інший не допоможе»).

Що стосується категорій «Цінність життя» та «Духовні зміни», то тут системна робота фахівців інклюзивного простору (зокрема інтеграція елементів екзистенційного консультування) приносить відчутні плоди. Залучені до системи інклюзивних соціальних послуг ветерани достовірно частіше відзначають глибинну зміну пріоритетів: перехід від матеріальних цінностей до усвідомлення значущості кожного прожитого дня, важливості родинного спілкування та духовного спокою.

Для створення цілісної, багатовимірної картини змін особистості під впливом психологічної підтримки було побудовано рис. 2.8.

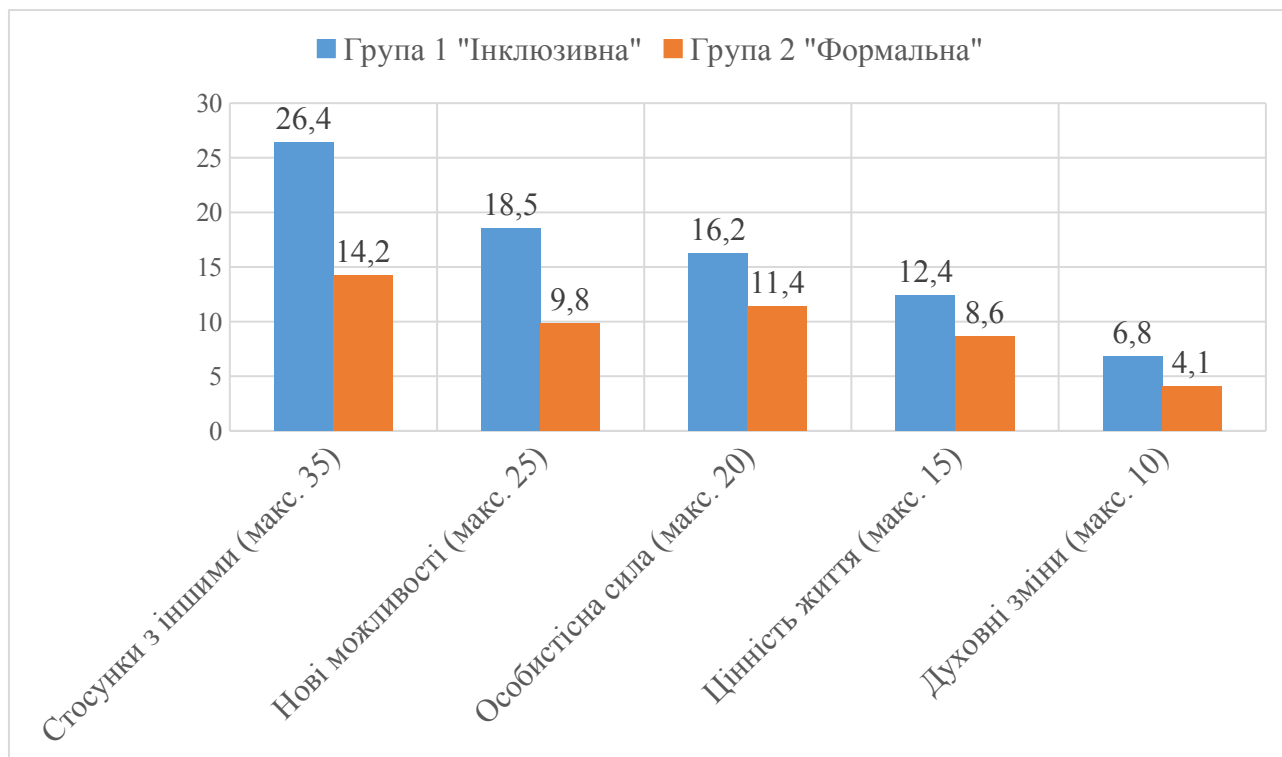


Рис. 2.8. Профіль посттравматичного зростання особистості ветерана (за 5 субшкалами PTGI)

Отже, психіка ветерана має закладений природою потенціал до саморегенерації та навіть переходу на вищий рівень соціального функціонування. Проте цей ресурс залишається заблокованим та недоступним, якщо людина опиняється у своєрідній соціальній ізоляції, залишаючись віч-на-віч із бюрократичною системою та нерозумінням цивільного оточення.

Таким чином, отримані результати описової статистики беззаперечно свідчать на користь того, що система інклюзивних соціальних послуг виконує роль не просто адміністративної ланки, а слугує оптимальним терапевтичним середовищем. Саме тут відбувається дестигматизація допомоги, зниження рівня бойової тривожності та створення умов для посттравматичного зростання. Задля остаточного підтвердження цих висновків виникає необхідність у проведенні ретельної математичної перевірки виявлених відмінностей та встановлення

кореляційних взаємозв'язків між обсягом соціальної підтримки та рівнем психологічного благополуччя ветеранів.

2.3. Взаємозв'язок психологічної підтримки з показниками психологічного благополуччя ветеранів

Здійснений на попередньому етапі описовий аналіз дозволив виявити стійку тенденцію до покращення психоемоційного стану в тих ветеранів, які інтегровані у систему інклюзивних соціальних послуг. Проте будь-які видимі розбіжності між середніми арифметичними показниками потребують відповідного математичного підтвердження. Відтак, логічним продовженням роботи стало застосування методів математичної статистики. Основне завдання полягало у доведенні неможливості випадкового характеру отриманих результатів та встановленні глибинних структурних взаємозв'язків між рівнем соціально-психологічної підтримки, життєстійкістю та показниками подолання бойового дистресу.

Для вирішення першого завдання – математичного підтвердження розбіжностей між Групою 1 («Інклюзивна психологічна підтримка», $n=26$) та Групою 2 («Автономна/Формальна адаптація», $n=24$) – було застосовано **параметричний T-критерій Стьюдента для незалежних вибірок**.

Вибір даного критерію обґрунтовується нормальністю розподілу даних та необхідністю порівняння двох незв'язних масивів. Розрахунок емпіричного значення ($t_{\text{емп}}$) здійснювався на основі середніх значень (M) та показників стандартного відхилення (SD) за кожною застосованою шкалою. Кількість ступенів свободи розраховувалася за формулою: $df = n_1 + n_2 - 2 = 26 + 24 - 2 = 48$. Згідно зі статистичними таблицями, для 48 ступенів свободи критичні значення становлять: $t_{\text{кр}} = 2,01$ (при рівні значущості $p \leq 0,05$) та $t_{\text{кр}} = 2,68$ (при рівні значущості $p \leq 0,01$).

Усі отримані результати математичного порівняння систематизовано у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Показники статистичної достовірності розбіжностей у психологічному благополуччі ветеранів (за Т-критерієм Стьюдента)

Діагностований показник (шкала)	Група 1 (n=26), M ± SD	Група 2 (n=24), M ± SD	Значення t-емпіричного	Рівень значущості (p)
Загальна соціальна підтримка (MSPSS)	5,83 ± 0,81	4,26 ± 1,12	5,64	p ≤ 0,01
Депресія (DASS-21)	12,4 ± 3,2	18,7 ± 4,5	5,72	p ≤ 0,01
Тривога (DASS-21)	8,1 ± 2,4	16,2 ± 3,8	8,98	p ≤ 0,01
Стрес (DASS-21)	14,8 ± 3,6	24,5 ± 4,9	8,01	p ≤ 0,01
Життєстійкість (CD-RISC-10)	31,2 ± 4,1	22,4 ± 5,2	6,65	p ≤ 0,01
Посттравматичне зростання (PTGI)	80,3 ± 8,5	48,1 ± 9,4	12,69	p ≤ 0,01

Інтерпретація кількісних даних, наведених у табл. 2.7, дозволяє констатувати абсолютне і беззаперечне підтвердження висунутих припущень. За всіма без винятку діагностованими шкалами розраховане емпіричне значення t-критерію Стьюдента значно перевищує максимальне критичне значення ($t_{кр} = 2,68$). Це означає, що зафіксовані розбіжності між ветеранами, які отримують фахову психологічну підтримку в інклюзивних соціальних просторах, та тими, хто адаптується самостійно, є статистично достовірними на найвищому рівні значущості ($p \leq 0,01$). Імовірність випадковості таких результатів становить менше 1%.

Найвищий показник розбіжності зафіксовано за шкалою «Посттравматичне зростання» ($t_{емп} = 12,69$). Цей величезний розрив математично доводить, що самостійне переживання бойової травми практично ніколи не призводить до позитивної трансформації особистості. Зростання – це продукт соціальної взаємодії. Тільки в безпечному, прийнятному середовищі ветеранський хаб або центр життєстійкості здатні створити умови, за яких

травматичний досвід інтегрується у структуру ідентичності як джерело нової сили, а не як тавро інвалідизації.

Також звертає на себе увагу надзвичайно високе значення t-критерію за шкалою «Тривога» ($t_{\text{емп}} = 8,98$). Фізіологічне та вегетативне збудження (безсоння, панічні атаки, гіперпильність) об'єктивно і достовірно знижуються у тих осіб, які перебувають у зоні дії інклюзивних соціальних послуг. Фаховий супровід виконує підтримуючу та відновлюючу функцію для виснаженої нервової системи, знімаючи з неї потребу в постійному скануванні простору на предмет загрози.

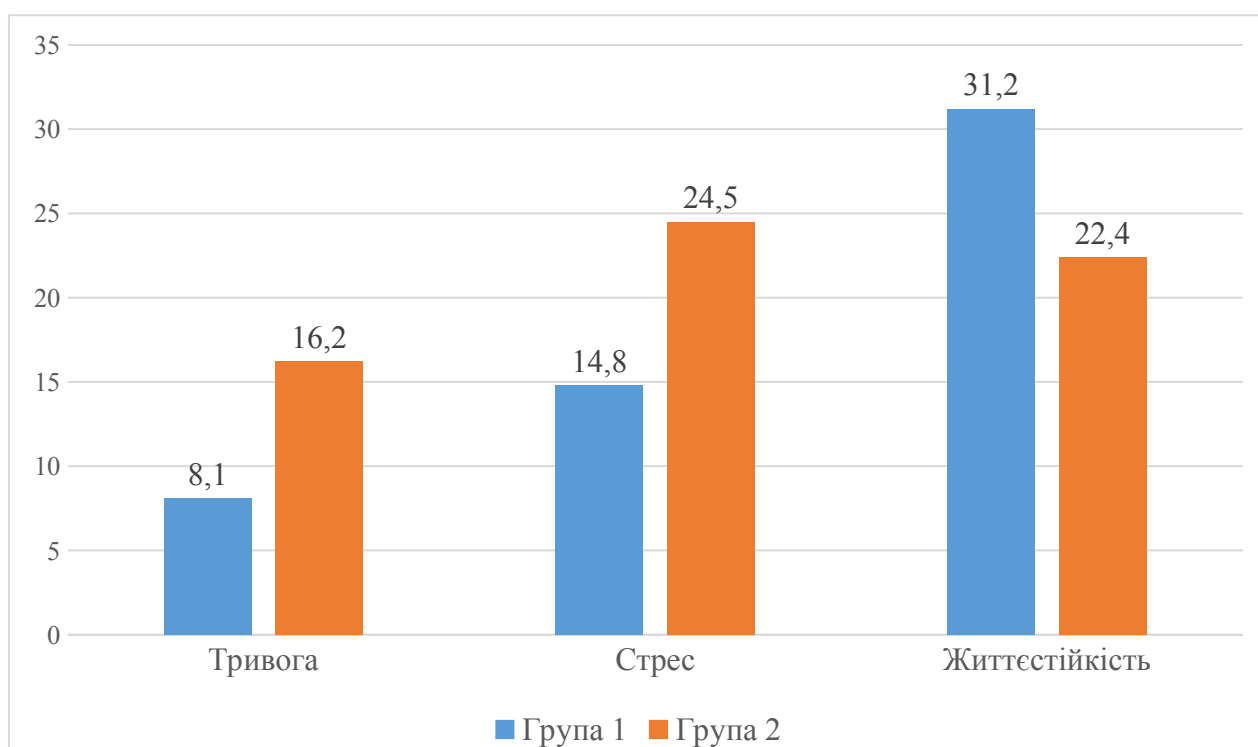


Рис. 2.9. Порівняння статистично достовірних розбіжностей психологічних показників двох груп

Встановлення факту наявності розбіжностей є лише першим кроком математико-статистичного аналізу. Набагато важливішим для психологічної науки є розуміння внутрішньої структури цих показників: яким чином зміна одного симптому впливає на інший. Для виявлення цих прихованих механізмів було застосовано *метод рангової кореляції Спірмена (r_s)*. Даний непараметричний

метод є ідеальним для опрацювання даних, отриманих за допомогою психометричних шкал.

Кореляційний аналіз здійснювався окремо для кожної групи, що дозволило побудувати дві незалежні матриці взаємозв'язків і простежити, як саме змінюється структура психіки під впливом соціального середовища. Для вибірки Групи 1 ($n=26$) критичне значення коефіцієнта Спірмена становить $r_{кр} = 0,39$ (при $p \leq 0,05$) та $r_{кр} = 0,50$ (при $p \leq 0,01$). Для вибірки Групи 2 ($n=24$) $r_{кр} = 0,40$ (при $p \leq 0,05$) та $r_{кр} = 0,51$ (при $p \leq 0,01$).

У табл. 2.8 наведено результати розрахунків для ветеранів, інтегрованих у систему інклюзивної соціально-психологічної підтримки.

Таблиця 2.8

Матриця рангових кореляцій психологічних показників у Групі 1

(«Інклюзивна психологічна підтримка», $n=26$)

Показники	MSPSS (Підтримка)	DASS- Тривога	DASS- Стрес	CD-RISC-10 (Життєстійкість)	PTGI (Зростання)
MSPSS	1,00				
DASS- Тривога	-0,62**	1,00			
DASS-Стрес	-0,55**	0,48*	1,00		
CD-RISC-10	0,58**	-0,51**	-0,44*	1,00	
PTGI	0,72**	-0,46*	-0,38	0,65**	1,00

Примітка: * – зв'язок статистично значущий на рівні $p \leq 0,05$; ** – на рівні $p \leq 0,01$.

Детальна психологічна інтерпретація матриці кореляцій (табл. 2.8) дозволяє розкрити механізм феномену «адаптивної інтеграції». Центральним, системоутворюючим фактором у цій групі виступає показник загальної соціальної підтримки (MSPSS).

Зафіксовано надзвичайно сильну прямо пропорційну залежність між сприйняттям соціальної підтримки та рівнем посттравматичного зростання ($r_s = 0,72$, при $p \leq 0,01$). Це означає, що відчуття прийняття з боку суспільства

(наявність безпечного простору, побратимів, компетентних фахівців) виступає основою, на якій особистість здатна переосмислити свій травматичний досвід. Без зовнішньої опори таке зростання практично неможливе. Також підтримка міцно і позитивно корелює із життєстійкістю ($r_s = 0,58$, при $p \leq 0,01$), доводячи, що життєстійкість розвивається через соціальну взаємодію.

Особливої уваги заслуговують обернено пропорційні (негативні) зв'язки. Рівень соціальної підтримки потужно блокує соматичну тривогу ($r_s = -0,62$, при $p \leq 0,01$) та загальний стрес ($r_s = -0,55$, при $p \leq 0,01$). Це пояснюється тим, що приналежність до групи ідентифікується мозком як сигнал безпеки, що автоматично знижує активність мигдалеподібного тіла (центру страху). В свою чергу, сформована життєстійкість додатково пригнічує тривожні прояви ($r_s = -0,51$, при $p \leq 0,01$). Завдяки цьому психіка ветерана формує подвійний контур захисту.

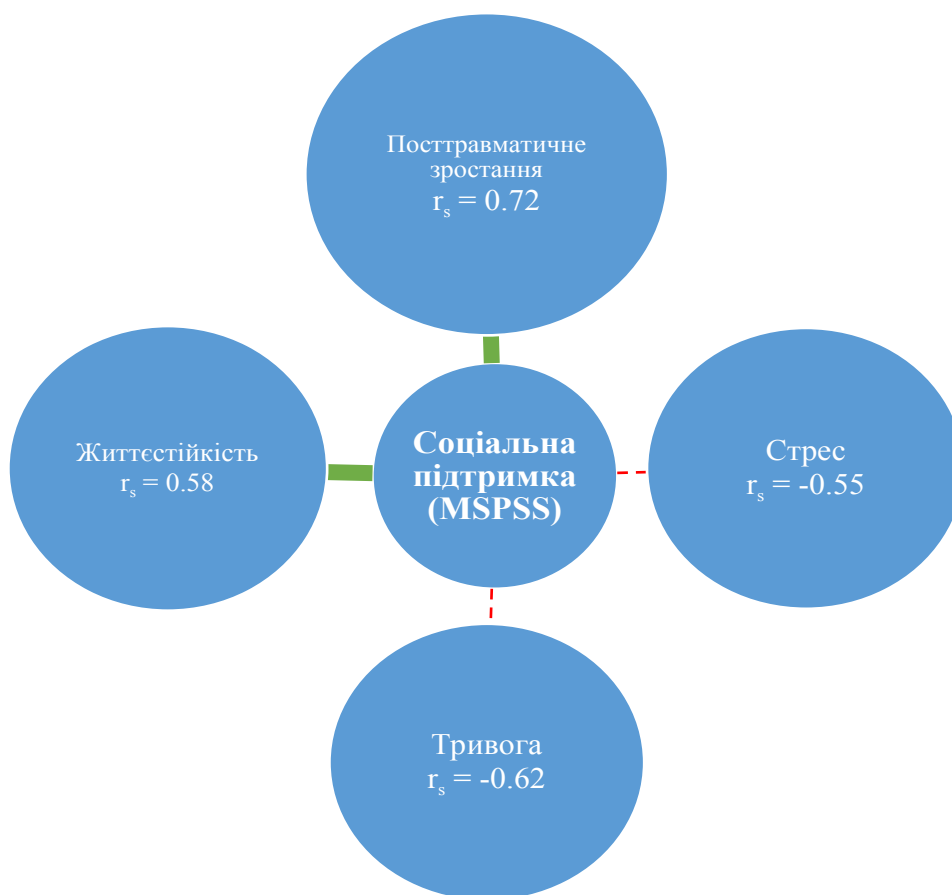


Рис. 2.10. Кореляційна плеяда показників адаптивної інтеграції (Група

1)

Для розуміння альтернативного сценарію – наслідків відсутності інклюзивної допомоги – було розраховано аналогічну матрицю для ветеранів, що проходять процес адаптації автономно або зіштовхуються лише з формальним державним апаратом. Результати подано у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Матриця рангових кореляцій психологічних показників у Групі 2
(«Формальна адаптація», n=24)

Показники	MSPSS (Підтримка)	DASS- Тривога	DASS- Стрес	CD-RISC-10 (Життєстійкість)	PTGI (Зростання)
MSPSS	1,00				
DASS- Тривога	-0,32	1,00			
DASS-Стрес	-0,28	0,76**	1,00		
CD-RISC-10	0,35	-0,25	-0,30	1,00	
PTGI	0,22	-0,52**	-0,48*	0,42*	1,00

Примітка: * – зв'язок статистично значущий на рівні $p \leq 0,05$; ** – на рівні $p \leq 0,01$

Аналіз структурної організації психіки у Групі 2 (табл. 2.9) виявляє дезадаптивну ситуацію. Так, найбільш критичною відмінністю є розпад системоутворюючої ролі соціальної підтримки. Зв'язок між рівнем наявної підтримки (яка у цій групі зводиться лише до сімейної) та зниженням тривоги ($r_s = -0,32$) або стресу ($r_s = -0,28$) є статистично незначущим. Тобто зусиль лише найближчих родичів не вистачає для того, щоб зупинити бойову гіперпильність. Більше того, підтримка не конвертується у посттравматичне зростання ($r_s = 0,22$, зв'язок відсутній). Особистість ветерана опиняється в ізоляції.

Зафіксовано надзвичайно міцний прямо пропорційний зв'язок між соматичною тривогою та хронічним нервовим стресом ($r_s = 0,76$, при $p \leq 0,01$). Ці чинники працюють за принципом самопідсилення, адже постійне очікування загрози (тривога) виснажує нервову систему, що робить людину дратівливою і

нетерпимою до побутових проблем (стрес), а подальші конфлікти знову посилюють тривогу.

Зважаючи на це, ресурси життєстійкості виявляються заблокованими. Зв'язок між життєстійкістю та зниженням стресу відсутній ($r_s = -0,30$). Індивід може вважати себе витривалим, проте ця витривалість не працює на його відновлення, а, здебільшого, спрямовується на стримування агресії. Відповідно, висока тривожність жорстко і прямо блокує будь-які можливості для посттравматичного зростання ($r_s = -0,52$, при $p \leq 0,01$).

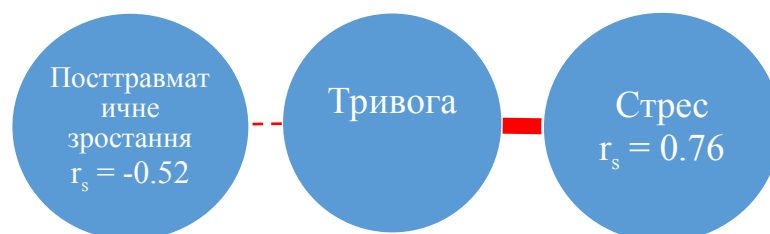


Рис. 2.11. Кореляційна плеяда показників дезадаптації та дистресу (Група 2)

Узагальнюючи результати порівняльного (за Т-критерієм) та структурного (за Спірменом) аналізів, стає зрозуміло, що бойовий досвід є занадто масивним психологічним утворенням, щоб ветеран міг опрацювати його самостійно, спираючись лише на власні внутрішні резерви або допомогу невідготовлених родичів. Спроба такої автономної адаптації неминуче призводить до ізоляції захисних сил психіки і виникнення тривожно-стресових станів.

Справжнім чинником відновлення виступає спеціально організоване, дестигматизоване середовище – система інклюзивних соціальних послуг. Робота

фахівців (психологів, кейс-менеджерів), організація просторів для спілкування побратимів та проактивний супровід виконують функцію зовнішнього когнітивного ресурсу. Завдяки цьому середовищу ветеран перестає витратити енергію на базове виживання у цивільному світі. Його життєстійкість розблоковується і починає працювати за прямим призначенням: не просто гасити симптоми ПТСР, а перетворювати пережитий біль у нові життєві сенси, глибшу емпатію та конструктивну соціальну активність.

Таким чином, результати проведеного статистичного аналізу дають підстави для чіткого висновку про те, що між отриманням комплексної психологічної підтримки та загальним рівнем благополуччя ветеранів існує прямий, математично доведений взаємозв'язок. Здійснені розрахунки наочно продемонстрували, що самостійні спроби подолати наслідки війни найчастіше заганняють особистість ветерана у глухий кут хронічної тривоги та емоційного виснаження. Натомість інтеграція ветеранів у безпечний простір інклюзивних соціальних послуг кардинально змінює цей сценарій. Відчуття надійної підтримки з боку фахівців та побратимів не просто знижує інтенсивність щоденного стресу, а розблоковує внутрішню життєстійкість людини. Саме завдяки цій соціальній опорі бойовий досвід перестає руйнувати психіку і починає сприяти посттравматичному зростанню.

2.4. Методичні рекомендації щодо вдосконалення психологічної підтримки ветеранів

Результати проведеного емпіричного дослідження чітко показали, що наявність безпечного та приймаючого соціального середовища є вирішальним фактором для успішного відновлення ветеранів. Оскільки соціальна ізоляція суттєво посилює рівень тривоги та стресу, а інклюзивні простори, навпаки, сприяють розвитку життєстійкості, виникає об'єктивна потреба в оновленні існуючих підходів до надання психологічної допомоги. З огляду на виявлені

закономірності, було розроблено низку практичних рекомендацій, які допоможуть зробити психологічний супровід більш зрозумілим, дієвим та наближеним до реальних потреб ветеранів. Охарактеризуємо їх нижче.

Напрямок 1. Подолання бюрократичних та психологічних бар'єрів

Статистичні дані проведеного опитування підтверджують, що більшість ветеранів, які уникають звернень до фахівців, роблять це через внутрішній страх стигматизації та небажання стикатися зі складною паперовою тяганиною у державних установах. Щоб вирішити цю проблему, доцільно змінити сам формат надання послуг. Рекомендується перенести первинну психологічну допомогу з офіційних лікарняних чи адміністративних кабінетів у неформальні ветеранські простори (хаби). Це дозволить людині отримувати необхідну підтримку в комфортних умовах, під час звичайного спілкування або дозвілля, без відчуття себе «пацієнтом».

Напрямок 2. Розвиток системи підтримки за принципом «рівний-рівному»

Відповіді респондентів засвідчили, що ветерани відчувають найвищий рівень довіри саме до своїх побратимів. Спільний бойовий досвід створює миттєве розуміння, якого важко досягти у спілкуванні з цивільними психологами. Тому важливою рекомендацією є системне впровадження програм підготовки ветеранів-менторів на рівні місцевих громад.

Такі особи, маючи власний успішний досвід повернення до цивільного життя та пройшовши базове навчання з основ кризової комунікації, зможуть стати надійними провідниками для тих, хто щойно демобілізувався. У табл. 2.10 відобразимо комплекс основних завдань для ветеранів-менторів.

Таблиця 2.10

Функції ветерана-ментора у процесі надання психологічної підтримки

Етап роботи	Основні дії ветерана-ментора	Очікуваний результат для особи
Первинний контакт	Неформальне спілкування, спільне проведення часу. Уважне вислуховування без критики	Зниження відчуття самотності, формування довіри до оточення
Соціальний супровід	Допомога у вирішенні побутових питань, спільне відвідування установ, модерація груп підтримки	Зменшення роздратованості від бюрократії, швидке вирішення базових проблем

Перенаправленн я	Запропонувати звернутися до профільного фахівця у разі виявлення складних емоційних станів	Подолання страху перед професійною психологічною допомогою
---------------------	---	--

Застосування такого підходу дозволяє значно розвантажити професійних психологів-терапевтів, залишаючи їм роботу зі складними випадками, тоді як базова емоційна стабілізація відбувається у зрозумілому для ветерана колі.

Напрямок 3. Залучення сімей до процесу психологічного відновлення

Дослідження підтвердило, що сім'я часто є єдиним стабільним джерелом підтримки для ветерана. Проте без належної підготовки близькі люди швидко виснажуються, що призводить до конфліктів та емоційного вигорання дружин, чоловіків або батьків.

Відповідно, робота з сім'ями має стати обов'язковою та невід'ємною складовою діяльності центрів життестійкості. Рідних потрібно завчасно навчати основам правильної комунікації, допомагати їм розуміти природу бойового стресу та показувати способи збереження власного психологічного ресурсу. Структуру такої комплексної роботи з родиною відобразимо на рис. 2.12.



Рис. 2.12. Цикл психологічної роботи з родиною ветерана

Напрям 4. Орієнтація на посттравматичне зростання замість фіксації на травмі

Традиційна клінічна допомога часто фокусується виключно на усуненні негативних симптомів (зняття тривоги, покращення сну). Однак математичний аналіз показав, що проста відсутність стресу ще не гарантує відчуття повноцінного життя. Дуже важливо допомагати ветеранам знаходити нові життєві орієнтири.

Психологічний супровід повинен обов'язково поєднуватися з кар'єрним консультуванням, допомогою у перекваліфікації або започаткуванні власної справи. Людина має виходити з програми підтримки з чітким планом на майбутнє. Порівняння підходів до визначення цілей супроводу систематизовано у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Переорієнтація підходів до психологічного супроводу ветеранів

Традиційний підхід (фокус на симптомах)	Оновлений підхід (фокус на зростанні)
Постійне обговорення травматичного минулого для зниження емоційного болю	Пошук нових смислів, планування майбутнього професійного та особистого життя
Робота переважно зі зниженням рівня дратівливості та агресії	Розвиток емпатії, усвідомлена побудова міцних дружніх та сімейних стосунків
Сприйняття бойового досвіду як виключно травмуючого фактора	Трансляція ідеї: «Мій досвід зробив мене сильнішим і здатним долати будь-які кризи»

Таким чином, впровадження запропонованих рекомендацій не завжди вимагає надмірних фінансових вливань у медичну інфраструктуру. Набагато важливішою є зміна самої філософії надання послуг. Створення безбар'єрного та дружнього простору, активне залучення побратимів до процесу адаптації, а також своєчасна підтримка сімей допоможуть розірвати коло психологічного напруження. Саме такий комплексний підхід створює умови, за яких складний досвід війни перетворюється на міцну основу для подальшого

посттравматичного зростання та успішної самореалізації особистості у мирному житті.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження ролі психологічної підтримки в благополуччі ветеранів спиралося на комплексний методичний інструментарій, що охопив соціальний, емоційний та ресурсний виміри особистості. Залучення п'ятдесяти респондентів через неформальні канали комунікації дозволило сформувати репрезентативну вибірку та подолати бар'єр соціальної бажаності при відповідях на чутливі запитання. Здійснений розподіл учасників на дві полярні підгрупи залежно від їхнього досвіду взаємодії з інклюзивними ветеранськими просторами чи формальними державними установами створив надійну базу для успішної реалізації емпіричної роботи.

За результатами опрацювання первинних описових даних зафіксовано глибоку диференціацію у стані ветеранів. Респонденти, які намагаються адаптуватися автономно, стикаються з високим рівнем тривоги, хронічного стресу та гострим дефіцитом дружньої опори, опиняючись у своєрідному соціальному вакуумі через внутрішній страх стигматизації. Натомість регулярна залученість до діяльності спеціалізованих хабів діє як потужний стабілізатор: такі особи демонструють значно нижчі показники дистресу, вищу життестійкість та готовність свідомо трансформувати травматичний досвід у побудову нових стосунків.

Застосування методів математичної статистики (Т-критерію Стьюдента та рангової кореляції Спірмена) підтвердило визначальний вплив підтримуючого середовища на функціонування психіки. Встановлено, що відсутність фахового супроводу запускає замкнене коло дистресу, де бойова гіперпильність виснажує нервову систему і жорстко блокує можливості для відновлення. Водночас інтеграція в систему інклюзивних послуг розриває цей дезадаптивний ланцюг.

Виявлені статистичні закономірності слугували підґрунтям для розробки комплексу прикладних методичних рекомендацій щодо вдосконалення системи супроводу. Ключовий напрямок оптимізації допомоги полягає у відмові від жорсткої адміністративно-медичної моделі на користь розбудови неформальних безбар'єрних просторів комунікації. Системне впровадження менторства за принципом «рівний-рівному», завчасна психоедукація сімей та зміщення терапевтичного фокусу з простого усунення симптомів на пошук нових сенсів дозволять створити максимально сприятливі умови для повноцінної самореалізації ветеранів у цивільному суспільстві.

ВИСНОВКИ

За наслідками проведеного в кваліфікаційній бакалаврській роботі дослідження зроблено наступні висновки.

1. Теоретико-методологічний аналіз проблеми засвідчив, що бойовий досвід спричиняє глибинну трансформацію особистості, яка значно виходить за межі суто клінічного розуміння психологічної травми. Повернення до цивільного життя неминуче супроводжується кризою ідентичності та втратою звичних орієнтирів. З'ясовано, що успішна реадаптація демобілізованих військовослужбовців є складним і тривалим процесом, який не може спиратися виключно на внутрішні резерви психіки ветерана. Для подолання наслідків екстремального стресу критично необхідним є формування сприятливого зовнішнього середовища, здатного прийняти людину без осуду, упереджень та суспільної стигматизації.

2. Охарактеризовано систему інклюзивних соціальних послуг як найбільш оптимальний і дієвий майданчик для надання психологічної допомоги. Доведено, що класична адміністративно-медична модель часто відштовхує ветеранів через бюрократичні бар'єри та відчуття себе «пацієнтом». Натомість неформальні ветеранські простори та центри життєстійкості створюють атмосферу безпеки. Визначено, що найбільш ефективними формами підтримки у такому середовищі виступають формати «рівний-рівному», групи взаємопідтримки побратимів та комплексний соціальний супровід, які дозволяють зняти первинну напругу та налагодити місток довіри до професійних терапевтів.

3. За результатами емпіричного дослідження математично підтверджено наявність прямого взаємозв'язку між залученістю до заходів психологічної підтримки та рівнем благополуччя. Ветерани, які намагаються адаптуватися автономно, часто потрапляють у замкнене коло хронічного дистресу, де висока тривожність посилює нервові виснаження та блокує адаптаційний потенціал. Натомість особи, які інтегровані у систему інклюзивних послуг, демонструють

достовірно нижчі показники тривоги і стресу. Завдяки надійній соціальній опорі їхня внутрішня життєстійкість розблоковується, що створює реальні умови для посттравматичного зростання особистості.

4. На основі виявлених закономірностей розроблено практичні методичні рекомендації щодо вдосконалення процесу супроводу ветеранів. Головним напрямком оптимізації визначено відмову від жорсткої фіксації на симптомах на користь роботи з майбутніми життєвими цілями ветерана. Запропоновано комплекс кроків, що включає просторове переформатування послуг, системну підготовку фасилітаторів-ветеранів, обов'язкову превентивну психологічну просвіту членів родин та впровадження інструментів кар'єрного орієнтування для пошуку нових сенсів.

Отже, психологічна підтримка не повинна розглядатися як ізольована медична процедура. Вона досягає максимальної результативності лише тоді, коли органічно вплітається у повсякденну площину безбар'єрного соціального середовища. Саме такий цілісний підхід дозволяє зупинити руйнівний вплив бойової травми і перетворити складний військовий досвід на надійний фундамент для подальшого конструктивного розвитку та повноцінної самореалізації ветерана у мирному житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання / пер. з англ. О. Наконечна, О. Лизак, О. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
2. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб: Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Умови, Перелік від 29.11.2022 № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п#Text>
3. Деякі питання організації надання соціальних послуг: Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Перелік від 14.01.2026 № 64. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64-2026-п#Text>
4. Кіщук Л., Новіков О. Концептуальні особливості саморегуляції у контексті посттравматичного стресового розладу. Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: *матеріали Міжнародної наукової конференції*. 2025. С. 20-21. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/48524/2/MCTD-HPC_2025_Kishchuk_L-Conceptual_features_of_self_20-21.pdf
5. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В. О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. 2-ге вид., переробл. і допов. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. 158 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733173/1/Klymchuk%20V.O.%20Psychology%20of%20post-traumatic%20growth-monograph-2021.pdf>
6. Козак О. Особливості надання психологічної підтримки сім'ям ветеранів війни в Україні. Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: *матеріали Міжнародної наукової конференції*. 2025. С. 18-19. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/48591/2/MCTD-HPC_2025_Kozak_O-Peculiarities_of_providing_18-20.pdf

7. Козира П.В. Проблемні питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців. *Журнал «Наукові інновації та передові технології»*. 2025. №12(52). С. 863-874. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/33201/33166>
8. Конвенція про права осіб з інвалідністю: ООН; Конвенція, Міжнародний документ від 13.12.2006. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
9. Котигорошко В. Логотерапія Віктора Франкла: Теорія Сенсу Життя від В'язня Концтаборів. *Gas for Mind*. 2023. URL: <https://www.gasformind.com/logoterapiya-viktora-frankla/>
- 10.Ланська С.П. Інклюзивна політика ринку праці: конспект лекцій для здобувачів вищої освіти за ОС «Бакалавр» спеціальності «Економіка» (усіх форм навчання). Київ: МДУ, 2025. 60 с. URL: https://repository.mu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9164/1/lansk_konsp_navch_pos_2025.pdf
- 11.Мельник А., Галянт Т. Психологічні механізми реінтеграції ветеранів війни у цивільне середовище. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. №4 (80). С. 440-446. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/1177>
- 12.Методичний посібник «Що таке ветеранський простір та як його створити». 2023. 33 с. URL: https://pm.in.ua/wp-content/uploads/2023/11/Metodychnyj_posibnyk_SHHo_take_veteranskyj_prostir_ta_yak_jogo_stvoryty.pdf?fbclid=IwAR0uR5IJ7HPF-VAToXdrEYetWLVqoV1IX3Hg6bDx7oHiQTOOr2QIfAnn9Bw
- 13.Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2024. 167 с.

14. Ніжейко К. А., Ковалівська К. В. Реінтеграція ветеранів у цивільне життя: міжнародний досвід та особливості в Україні. *Економіка та суспільство*. 2024. Вип. 67. С. 1-9.
15. Особливості супроводу ветеранів та цивільних, які пережили полон та тортури, та членів їх родин: посібник для соціальних фахівців. Програма реінтеграції ветеранів IREX. 2026. 93 с. URL: https://veteran-reintegration.in.ua/wp-content/uploads/2026/01/osoblyvosti_suprovodu_intera_ktyvna-versiya.pdf
16. Пеша І. В. Державна ветеранська політика України та шляхи забезпечення її ефективності. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2023. Вип. 5. С. 42-51.
17. Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації: Мінсоцполітики України; Наказ, Стандарт, Картка [...] від 18.05.2015 № 514. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0665-15#Text>
18. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2019, № 18, ст.73. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
19. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія від 14.04.2021 № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-p#Text>
20. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медикопсихологічної, психіатричної допомоги. Збірник напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду. Автори Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопольська І. Д., Діденко О. В. 2023. 38 с. URL: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2023/10/putivnik.pdf>

21. Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні з акцентом на інклюзивність ветеранів як вразливої категорії населення і роль, яку ветеранські організації можуть відігравати у забезпеченні інклюзивності. Підсумковий аналітичний звіт. Міжнародна організація з міграції (МОМ). 2023. 44 с. URL: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2024-01/veterans-social_reintegration_ukr.pdf
22. Терлецька В. Емпіричні методики до кваліфікаційної роботи. *Google Forms*. 2026. URL: <https://forms.gle/VVjkPX7KZnf21j1N6>
23. Цимбалюк І., Колосок А. Теоретичні основи соціально-економічної реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство. *Ввічливість. Humanitas*. 2024. №2. С. 140-148. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/24530/1/1750.pdf>
24. Ahern J., Worthen M., Masters J. et al. The challenges of Afghanistan and Iraq veterans' transition from military to civilian life. *PloS one*. 2015. Vol. 10, No. 7. P. 1-13. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26132291/>
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Washington, 2022. 1050 p. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.5555/appi.books.9780890425787.x00pr e>
26. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015. Vol. 351. P. 1-9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26611143/>
27. Castro C. A., Kintzle S. The military transition in the 21st century. *Psychiatric Annals*. 2014. Vol. 44, No. 8. P. 398-406.
28. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association (APA). 2025. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
29. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

30. Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). Manual. 2018. 169 p. URL: <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf>
31. Dambi J. M., Corten L., Chiwaridzo M., Jack H., McIntyre D., Harding R. A systematic review of the psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018. Vol. 16. No. 1. P. 80. DOI: 10.1186/s12955-018-0912-0
32. DASS-21 – Шкала депресії, тривожності та стресу. ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». 2025. URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/dass-21-manual.pdf>
33. Ehlers A., Clark D. M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 2005. Vol. 43, No. 4. P. 413-431. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15701354/>
34. International Labour Organization (ILO). *Офіційний веб-сайт*. URL: <https://www.ilo.org/uk/node>
35. Kintzle S. et al. The state of the American veteran: The Southern California veterans study. Los Angeles: USC Center for Innovation and Research on Veterans. 2015. 120 p. URL: <https://socalvetstudy.org/wp-content/uploads/2023/09/thestateoftheamericanveteran-thesocalveteransstudy.pdf>
36. Litz B. T., Kerig P. K. Introduction to the special issue on moral injury: conceptual challenges, methodological issues, and clinical applications. *Journal of Traumatic Stress*. 2019. Vol. 32, No. 3. P. 341-349. URL: <https://sites.bu.edu/litzlab/files/2023/05/Journal-of-Traumatic-Stress-2019-Litz-Introduction-to-the-Special-Issue-on-Moral-Injury-Conceptual-Challenges-.pdf>
37. Pease M., Billera M., Gerard G. Military culture and the transition to civilian life. *Journal of Military and Veterans' Health*. 2016. Vol. 24, No. 1. P. 24-31. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26898003/>

38. Romaniuk M., Kidd C. The psychological adjustment experience of reintegration following discharge from military service. *Journal of Military and Veterans' Health*. 2018. Vol. 26, No. 2. P. 60-73.
39. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2018. 606 p.
40. Shay J. Moral injury. *Texas Tech University Press. Intertexts*. 2014. Vol. 16, No. 1. P. 57-86. URL: <https://oralhistoryreview.org/wp-content/uploads/2019/04/Shay-Jonathan-Moral-Injury-Intertexts-Lubbock-16-1-Spring-2012-57-6685-86-2012-.pdf>
41. Steenkamp M. M., Litz B. T., Hoge C. W. Psychotherapy for military-related PTSD. *JAMA*. 2015. Vol. 314, No. 5. P. 489-500. URL: <https://thertmprotocol.com/assets/pdf/research-pdf/10-research.pdf>
42. Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE) for PTSD. PTSD UK. 2026. URL: <https://www.ptsduk.org/how-tre-can-help-people-with-ptsd/>
43. Thomas K. H., Hunter K. (Eds.). Invisible veterans: What happens when military women become civilians again. *Bloomsbury Publishing*. 2019. 288 p.
44. Tortella-Feliu M. et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019. Vol. 107. 154-165. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763419306013>
45. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington: Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2023. 196 p.
46. Van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York, 2014. 464 p. URL: <https://ia601604.us.archive.org/35/items/the-body-keeps-the-score-pdf/The-Body-Keeps-the-Score-PDF.pdf>
47. Williamson V., Stevelink S., Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *British Journal of*

- Psychiatry*. 2018. №212(06). P. 339-346. URL: https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/portalfiles/portal/96713199/Moral_injury_and_occupation_WILLIAMSON_Firstonline22May2018_GREEN_AAM.pdf
48. World Health Organization (WHO). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
49. Yalom I. D., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 6th ed. New York: Basic Books, 2020. 922 p. URL: <https://pinkpantheractivists.au/wp/wp-content/uploads/2024/05/Theory-and-Practice-of-Group-Psychhe-Irvin-D.-Yalom-Molyn-Leszcz.pdf>

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета оцінки соціально-психологічного благополуччя та ефективності підтримки ветеранів

Шановний(а) респонденте / респондентко!

Запрошуємо Вас взяти участь в дослідженні, метою якого є вивчення якості та доступності психологічної і соціальної підтримки для ветеранів. Ваші щирі відповіді допоможуть виявити реальні бар'єри у системі інклюзивних соціальних послуг та розробити рекомендації для їх покращення. Опитування є повністю анонімним.

Будь ласка, оберіть варіант відповіді, який найбільше Вам підходить, або впишіть свій варіант.

1. Ваша стать:

- а) Чоловіча
- б) Жіноча

2. Ваш вік (повних років): _____

3. Ваш сімейний стан:

- а) Одружений(а) / перебуваю у цивільному шлюбі
- б) Неодружений(а) / незаміжня
- в) Розлучений(а)
- г) Вдівець / вдова

4. Скільки часу минуло з моменту Вашої демобілізації?

- а) Менше 6 місяців
- б) Від 6 місяців до 1 року
- в) Від 1 до 3 років
- г) Більше 3 років

5. Чи маєте Ви статус особи з інвалідністю внаслідок війни?

- а) Так
- б) Ні
- в) Перебуваю в процесі оформлення

6. Чи зверталися Ви по психологічну або соціальну підтримку після демобілізації?

- а) Так, звертався(лася) до державних соціальних установ (ЦНАП, управління соцзахисту тощо)
- б) Так, звертався(лася) до недержавних ветеранських просторів / хабів / волонтерів
- в) Звертався(лася) і до державних, і до недержавних установ

- г) Ні, не звертався(лася), бо не мав(ла) потреби
- д) Ні, не звертався(лася), хоча потреба була

7. Як би Ви загалом оцінили якість та інклюзивність (доступність для всіх, безбар'єрність, повагу) соціальних послуг у Вашій громаді?

- а) Висока якість (послуги доступні, фахівці компетентні)
- б) Задовільна якість (послуги є, але система потребує вдосконалення)
- в) Низька якість (отримати допомогу складно, ставлення формальне)
- г) Важко відповісти / не маю досвіду

8. З якими основними бар'єрами Ви стикалися при спробі отримати соціальну чи психологічну підтримку? *(можна обрати декілька варіантів)*

- а) Бюрократія, надмірна кількість паперової тяганини
- б) Відсутність інформації про те, куди саме звертатися
- в) Фізична недоступність установ (відсутність пандусів, ліфтів, зручної логістики)
- г) Некомпетентність або нетактовність фахівців соціальної сфери (нерозуміння специфіки військового досвіду)
- д) Власний психологічний бар'єр (небажання просити про допомогу, страх стигматизації)
- ж) Не стикався(лася) з суттєвими бар'єрами
- з) Інше: _____.

9. Який формат психологічної підтримки Ви вважаєте для себе найбільш прийнятним та ефективним? *(можна обрати до 2-х варіантів)*

- а) Індивідуальні консультації з психологом
- б) Групи взаємопідтримки за принципом «рівний-рівному» (разом з іншими ветеранами)
- в) Сімейна психологічна підтримка (робота психолога з усією родиною)
- г) Онлайн-консультації (анонімні чати, відеозв'язок)
- д) Психологічна допомога мені не потрібна

10. Як би Ви оцінили свій загальний психологічний стан та рівень благополуччя на сьогоднішній день?

- а) Відмінний (я повністю адаптувався(лася) до цивільного життя)
- б) Добрий (бувають труднощі, але я успішно з ними справляюся)
- в) Задовільний (відчуваю часту напругу, адаптація триває)
- г) Важкий (відчуваю сильну емоційну виснаженість, тривогу, ізолюваність)

Дякуємо за Ваш час та цінні відповіді!

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)

Інструкція: Ми цікавимося тим, як Ви ставитеся до наведених нижче тверджень. Будь ласка, уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, наскільки Ви з ним згодні або не згодні, обравши відповідну цифру від 1 до 7. Немає правильних чи неправильних відповідей, нас цікавить виключно Ваш особистий досвід та відчуття.

Шкала оцінювання:

- 1 – Абсолютно не згоден(на)
- 2 – Не згоден(на)
- 3 – Скоріше не згоден(на)
- 4 – Важко сказати (нейтрально)
- 5 – Скоріше згоден(на)
- 6 – Згоден(на)
- 7 – Абсолютно згоден(на)

Твердження:

1. Є особлива людина (значущий інший), яка знаходиться поруч, коли я її потребую.
2. Є особлива людина, з якою я можу розділити свої радості та прикрощі.
3. Моя сім'я дійсно намагається мені допомогти.
4. Я отримую необхідну мені емоційну підтримку і співчуття від моєї сім'ї.
5. У мене є особлива людина, яка є для мене справжнім джерелом розради.
6. Мої друзі дійсно намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на своїх друзів, коли справи йдуть погано.
8. Я можу говорити про свої проблеми зі своєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої радості та прикрощі.
10. У моєму житті є особлива людина, яка піклується про мої почуття.
11. Моя сім'я готова допомогти мені у прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про свої проблеми зі своїми друзями.

Ключ для обробки результатів:

Опитувальник містить 12 тверджень, які оцінюються за 7-бальною шкалою. Зворотних (інвертованих) тверджень методика не містить – усі бали підсумовуються прямим способом.

Методика вимірює загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки, а також дозволяє оцінити її за трьома специфічними джерелами (субшкалами):

1. Субшкала «Підтримка сім'ї» (Family): Пункти: 3, 4, 8, 11.

Вимірює рівень емоційної допомоги та розуміння, які людина отримує від родичів.

2. Субшкала «Підтримка друзів» (Friends): Пункти: 6, 7, 9, 12.

Відображає впевненість особистості у тому, що друзі готові прийти на допомогу у складних ситуаціях.

3. Субшкала «Підтримка значущого іншого» (Significant Other): Пункти: 1, 2, 5, 10.

Оцінює наявність у житті особливої людини (це може бути романтичний партнер, побратим/посестра, духовний наставник або фахівець), яка забезпечує глибоке емоційне прийняття.

Розрахунок показників:

Для отримання результату необхідно додати бали за відповідними пунктами кожної субшкали та поділити отриману суму на 4 (щоб отримати середній бал за субшкалою від 1 до 7).

Для визначення загального показника соціальної підтримки підсумовуються бали за всіма 12 пунктами, після чого сума ділиться на 12.

Інтерпретація середніх балів (за Д. Зіметом):

1,0 – 2,9 бала: Низький рівень соціальної підтримки (відчуття ізолюваності, самотності, відсутності опори).

3,0 – 5,0 балів: Середній (помірний) рівень соціальної підтримки.

5,1 – 7,0 балів: Високий рівень соціальної підтримки (людина відчуває себе захищеною та включеною у надійну мережу соціальних контактів).

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і вкажіть цифру (від 0 до 3), яка найбільш точно відображає, наскільки це твердження стосувалося Вас протягом останнього тижня. Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Не витрачайте надто багато часу на обмірковування кожного твердження.

Шкала оцінювання:

- 0 – Зовсім не стосувалося мене (ніколи)
- 1 – Стосувалося мене певною мірою або деякий час (іноді)
- 2 – Значною мірою стосувалося мене або значну частину часу (часто)
- 3 – Дуже сильно стосувалося мене або більшу частину часу (майже завжди)

Твердження:

1. Мені було важко заспокоїтися.
2. Я відчував(ла) сухість у роті.
3. Я не відчував(ла) жодних позитивних емоцій взагалі.
4. Я відчував(ла) труднощі з диханням (наприклад, надмірно часте дихання, задишка без фізичного навантаження).
5. Мені було важко проявити ініціативу, щоб щось зробити.
6. Я був(ла) схильний(а) перебільшувати ситуації.
7. Я відчував(ла) тремтіння (наприклад, у руках).
8. Я відчував(ла), що витрачаю занадто багато нервової енергії.
9. Я турбувався(лася) про ситуації, в яких міг(могла) би запанікувати і виставити себе на посміховисько.
10. Я відчував(ла), що мені нема на що чекати в майбутньому.
11. Я виявив(ла), що мене легко роздратувати.
12. Мені було важко розслабитися.
13. Я відчував(ла) себе пригніченим(ою) і сумним(ою).
14. Я був(ла) нетерпимим(ою) до всього, що заважало мені продовжувати те, що я робив(ла).
15. Я відчував(ла), що близький(а) до паніки.
16. Я не відчував(ла) ентузіазму до будь-чого.
17. Я відчував(ла), що не маю великої цінності як людина.
18. Я відчував(ла), що досить вразливий(а) і легко ображаюся.
19. Я усвідомлював(ла) реакції свого серця навіть за відсутності фізичних навантажень (наприклад, відчуття прискореного серцебиття, перебої в роботі серця).
20. Я відчував(ла) страх без жодної поважної причини.
21. Я відчував(ла), що життя не має сенсу.

Ключ для обробки результатів:

Опитувальник DASS-21 є скороченою версією повної шкали DASS-42. Методика складається з трьох субшкал, кожна з яких містить по 7 тверджень. Усі пункти є прямими, інвертованих відповідей немає.

Для обробки результатів необхідно підсумувати бали (від 0 до 3) за кожною із субшкал окремо.

Для того, щоб результати можна було порівняти зі стандартними нормами повної методики, отриману суму балів за кожною субшкалою необхідно помножити на 2.

Розподіл тверджень за субшкалами:

1. Субшкала «Депресія» (Depression): Пункти: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.

Формула розрахунку: Сума балів за цими пунктами $\times 2$.

Що вимірює: Дисфорію, втрату сенсу життя, знецінення себе, відсутність інтересу до активності, ангедонію.

2. Субшкала «Тривога» (Anxiety): Пункти: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.

Формула розрахунку: Сума балів за цими пунктами $\times 2$.

Що вимірює: Вегетативне збудження (соматичні прояви), ситуативну тривожність, суб'єктивне відчуття страху.

3. Субшкала «Стрес» (Stress): Пункти: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

Формула розрахунку: Сума балів за цими пунктами $\times 2$.

Що вимірює: Хронічне нервово напруження, труднощі з розслабленням, підвищену дратівливість, нетерплячість та емоційну реактивність.

Таблиця інтерпретації результатів (за підсумковим балом):

Рівень вираженості	Депресія (бали)	Тривога (бали)	Стрес (бали)
Нормативний (норма)	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Легкий (слабкий)	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Помірний (середній)	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Сильний (високий)	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Екстремально сильний	28+	20+	34+

Шкала життєстійкості (CD-RISC-10)

Інструкція: Нижче наведено перелік тверджень, які описують різні способи ставлення до життєвих труднощів. Будь ласка, оцініть, наскільки кожне твердження було вірним для Вас протягом останнього місяця. Поставте позначку у тій колонці, яка найкраще відображає Ваш стан.

Шкала оцінювання:

- 0 – Зовсім не вірно
- 1 – Рідко вірно
- 2 – Іноді вірно
- 3 – Часто вірно
- 4 – Майже завжди вірно

Твердження:

1. Я здатний (здатна) адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху.
3. Я намагаюся бачити світлу сторону речей, коли стикаюся з труднощами.
4. Подолання стресу робить мене сильнішим (сильнішою).
5. Я зазвичай швидко відновлююся після хвороб, поранень або інших негараздів.
6. Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо на шляху виникають перешкоди.
7. Під тиском обставин я залишаюся зосередженим (зосередженою) і думаю чітко.
8. Мене не так просто вибити з колії через невдачі.
9. Я вважаю себе сильною людиною, коли стикаюся з життєвими викликами.
10. Я можу впоратися з неприємними почуттями, такими як смуток, страх або гнів.

Ключ для обробки результатів:

Шкала CD-RISC-10 є одновимірною методикою, що вимірює загальний рівень резильєнтності (життєстійкості). Опитувальник не містить зворотних (інвертованих) тверджень.

Процедура розрахунку:

Для отримання підсумкового показника необхідно підсумувати бали (від 0 до 4) за всіма 10 пунктами.

Загальний бал може коливатися в межах від 0 до 40 балів.

Інтерпретація результатів:

Чим вищим є сумарний бал, тим вищим є рівень життєстійкості респондента:

0 – 19 балів: Низький рівень життєстійкості. Свідчить про вразливість особистості до стресових чинників. Людина важко адаптується до змін, довго

відновлюється після психологічних травм і часто відчуває безпорадність перед життєвими викликами.

20 – 29 балів: Середній (нормативний) рівень життєстійкості. Вказує на достатній рівень психологічної гнучкості. Людина здатна долати повсякденні труднощі, проте в умовах екстремального або тривалого стресу її внутрішні ресурси можуть виснажуватися, що потребує соціальної та професійної підтримки.

30 – 40 балів: Високий рівень життєстійкості. Характеризує особистість із потужним адаптаційним потенціалом. Такі люди сприймають труднощі як можливість для зростання, вміють зберігати емоційний контроль у критичних ситуаціях та швидко повертаються до нормального функціонування після пережитого стресу.

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI)

Інструкція: Нижче наведено перелік змін, які іноді відбуваються з людьми після переживання життєвих криз або важких подій.

Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і вкажіть ступінь, до якого ця зміна відбулася у Вашому житті саме внаслідок пережитого Вами кризового досвіду.

Шкала оцінювання:

0 – Я не відчув(ла) цієї зміни внаслідок мого досвіду.

1 – Я відчув(ла) цю зміну дуже слабо.

2 – Я відчув(ла) цю зміну малою мірою.

3 – Я відчув(ла) цю зміну помірною мірою.

4 – Я відчув(ла) цю зміну значною мірою.

5 – Я відчув(ла) цю зміну дуже сильно.

Твердження:

1. Я змінив(ла) свої пріоритети щодо того, що є дійсно важливим у житті.
2. Я почав(ла) більше цінувати цінність власного життя.
3. У мене з'явилися нові інтереси.
4. Я відчув(ла) більшу самостійність та здатність спиратися на себе.
5. Я почав(ла) краще розуміти духовні речі.
6. Я тепер чітко знаю, що можу покластися на людей у важкі часи.
7. Я визначив(ла) новий напрямок та мету для свого життя.
8. Я відчуваю більшу близькість з іншими людьми.
9. Я став(ла) більш відкритим(ою) у вираженні своїх емоцій.
10. Я точно знаю, що можу впоратися з труднощами.
11. Я здатен (здатна) робити кращі речі у своєму житті.
12. Я навчився(лася) приймати речі такими, якими вони є.
13. Я навчився(лася) цінувати кожен новий день.
14. У мене з'явилися нові можливості, яких не було б за інших обставин.
15. Я став(ла) більш співчутливим(ою) до інших людей.
16. Я почав(ла) вкладати більше зусиль у свої стосунки з людьми.
17. Я з більшою ймовірністю намагатимусь змінити те, що потребує змін.
18. Моя релігійна віра (або духовні переконання) стала міцнішою.
19. Я відкрив(ла), що я набагато сильніший(а), ніж думав(ла).
20. Я багато дізнався(лася) про те, якими чудовими можуть бути люди.
21. Я легше приймаю той факт, що іноді потребую допомоги інших людей.

Ключ для обробки результатів:

Опитувальник PTGI складається з 21 пункту. Зворотних (інвертованих) тверджень у методиці немає. Усі бали (від 0 до 5) підсумовуються прямим способом.

Методика дозволяє виміряти Загальний показник посттравматичного зростання (сума всіх 21 пунктів, максимум 105 балів), а також оцінити зростання за 5-ма специфічними сферами (субшкалами):

1. Субшкала «Стосунки з іншими» (*Relating to Others*):

Пункти: 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21.

Вимірює здатність до емпатії, готовність приймати допомогу, відчуття близькості та покращення якості міжособистісних зв'язків після кризи.

2. Субшкала «Нові можливості» (*New Possibilities*):

Пункти: 3, 7, 11, 14, 17.

Відображає готовність особистості змінювати життєвий шлях, пробувати нове та відкривати для себе перспективи, які раніше були недоступні.

3. Субшкала «Особистісна сила» (*Personal Strength*):

Пункти: 4, 10, 12, 19.

Оцінює зростання впевненості у власних силах, відчуття життєстійкості та прийняття неминучості життєвих випробувань.

4. Субшкала «Духовні зміни» (*Spiritual Change*):

Пункти: 5, 18.

Вказує на поглиблення релігійних або екзистенційно-духовних переконань особистості.

5. Субшкала «Цінність життя» (*Appreciation of Life*):

Пункти: 1, 2, 13.

Вимірює зміну життєвих пріоритетів, фокус на сьогоденні та вдячність за кожен прожитий день.

Інтерпретація отриманих даних:

Чим вищий загальний бал (або бал за окремою субшкалою), тим більшою мірою особистість трансформувала свій травматичний/кризовий досвід у позитивне психологічне зростання.