МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСПІШНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-2
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Захарченко Надія Володимирівна
Керівник: PhD, ст. викладач кафедри психології Коваль Г. В.
Рецензент: к. пед. наук, доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності Голованова Т. П.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра педагогіки та психології освітньої діяльності
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Захарченко Надії Володимирівні

1. Тема роботи: Психологічні чинники успішності психосоціальної підтримки ветеранів
керівник роботи Коваль Г. В., PhD, ст. викладач кафедри психології
затверджена наказом ЗНУ від «02» жовтня 2025 року № 1393-с
2. Термін подання студентом роботи: _____
3. Вихідні дані до роботи: аналіз наукової літератури, матеріали практик
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: вивчити теоретичні підходи до психосоціальної підтримки ветеранів та її основні складові; проаналізувати психологічні наслідки участі у бойових діях для ветеранів; розглянути ключові психологічні детермінанти, які впливають на ефективність психосоціальної підтримки ветеранів; визначити рівень довіри, відкритості, психологічної стійкості та готовності до змін у ветеранів; розробити та впровадити програму психосоціальної підтримки ветеранів і оцінити її ефективність шляхом порівняння результатів експериментальної та контрольної груп.
5. Перелік графічного матеріалу: 3 рисунка та 7 таблиць

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Коваль Г. В., PhD		
Розділ 1	Коваль Г. В., PhD		
Розділ 2	Коваль Г. В., PhD		
Розділ 3	Коваль Г. В., PhD		
Висновки	Коваль Г. В., PhD		

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	листопад 2024	виконано
2	Робота над вступом	грудень 2024	виконано
3	Написання розділу 1	січень-березень 2025	виконано
4	Написання розділу 2	квітень-травень 2025	виконано
5	Написання розділу 3	червень-серпень 2025	виконано
6	Написання висновків	вересень 2025	виконано
7	Оформлення роботи	жовтень 2025	виконано
8	Проходження нормоконтролю	листопад 2025	виконано
9	Рецензування	листопад 2025	виконано
10	Захист	грудень 2025	виконано

Студент _____ Н. В. Захарченко

Керівник роботи _____ Г. В. Коваль

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ Н. О. Мосол

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 108 сторінок, 3 рисунка, 7 таблиць, 84 джерела, 2 додатки.

Мета дослідження – визначити психологічні чинники успішності психосоціальної підтримки ветеранів та перевірити ефективність розробленої програми такої підтримки.

Об'єктом дослідження є процес психосоціальної підтримки ветеранів війни.

Предметом дослідження є психологічні чинники, що визначають успішність психосоціальної підтримки ветеранів.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що успішність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою залежить від розвитку їх психологічної стійкості та мотивації до змін.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури; емпіричні: комплекс психометричних методик та опитувальників: Шкала психологічної стійкості Коннор-Девіс; Шкала Резильєнтності Вагнільда та Янга; методики «Особистісна готовність до змін»; тест-опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій», авторський опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії»; методи математичної статистики: кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона).

Практичне значення дослідження полягає в тому, що розроблена програма психосоціальної підтримки та авторський опитувальник можуть безпосередньо впроваджуватися в роботу реабілітаційних центрів, ветеранських хабів, психологічних служб та громадських організацій.

ПІДТРИМКА, ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА, БОЙОВІ ДІЇ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ДЕПРЕСІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ.

SUMMARY

Zakharchenko N. V. Psychological factors of success of psychosocial support of veterans.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (84 items, 8 of foreign origin), 2 appendixes. The qualifying work volume is 125 pages long, 108 of them – main text. There are 7 tables and 3 illustrations.

After completing their service, a significant proportion of veterans face serious psychological difficulties. Almost all combatants experience symptoms of post-traumatic stress disorder, many experience high levels of anxiety, depression, loss of meaning in life, and impaired social interaction and communication with loved ones. These factors significantly complicate the reintegration of veterans into the civilian environment and their professional self-realization, which emphasizes the need for targeted psychological support.

The purpose of the study is to identify psychological factors of success in psychosocial support for veterans and to verify the effectiveness of the developed program of such support.

The research tasks:

- to study theoretical approaches to psychosocial support for veterans and its main components;
- to analyze the psychological consequences of participation in combat for veterans;
- to consider key psychological determinants that affect the effectiveness of psychosocial support for veterans;
- to determine the level of trust, openness, psychological resilience and readiness for change in veterans;
- to develop and implement a program of psychosocial support for veterans and evaluate its effectiveness by comparing the results of the experimental and control groups.

The object of the study is the process of psychosocial support for war veterans.

The subject of the study is psychological factors that determine the success of psychosocial support for veterans.

The hypothesis of the study is that the success of psychosocial support for veterans largely depends on the development of their psychological resilience and motivation for change.

Chapter 1 “Theoretical foundations of psychosocial support for veterans” the concept and structure of psychosocial support for veterans were revealed, the psychological consequences of participation in hostilities were studied, and a review of international and domestic experience in psychosocial rehabilitation of military personnel was conducted: support programs, principles of work, results.

Chapter 2 “Psychological determinants of the effectiveness of psychosocial support for veterans” trust and openness in the "veteran-psychologist" relationship are considered as the basis for effective assistance, an individualized approach and consideration of the veteran's personal characteristics, and psychological resilience and coping strategies as a factor that increases their ability to benefit from support and achieve positive changes.

Chapter 3 “Empirical study of the influence of psychological factors on the effectiveness of psychosocial support for veterans” Diagnostics of psychological factors and determination of the basic level of adaptation of veterans were carried out, a program of psychosocial support for veterans was developed and implemented, an assessment of the effectiveness of the program and an analysis of the results of the experiment were provided.

The practical significance of the study is that the developed psychosocial support program and the author's questionnaire can be directly implemented in the work of rehabilitation centers, veteran hubs, psychological services, and public organizations.

Key words: support, psychosocial support, combat, post-traumatic stress disorder, depression, psychological resilience, coping strategies.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ 12
1.1 Поняття та структура психосоціальної підтримки ветеранів 12
1.2 Психологічні наслідки участі у бойових діях 23
1.3 Огляд міжнародного та вітчизняного досвіду психосоціальної реабілітації військовослужбовців: програми підтримки, принципи роботи, результати 31
Розділ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ 41
2.1 Довіра та відкритість у відносинах «ветеран – психолог» як основа ефективної допомоги 41
2.2 Індивідуалізований підхід і врахування особистісних особливостей ветерана 50
2.3 Психологічна стійкість та копінг-стратегії як фактор, що підвищує їх здатність скористатися підтримкою і досягти позитивних змін 57
Розділ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ 64
3.1 Методика та організація дослідження 64
3.2 Діагностика психологічних чинників та визначення базового рівня адаптації ветеранів 76
3.3 Розробка та впровадження програми психосоціальної підтримки ветеранів 89
3.4 Оцінка ефективності програми та аналіз результатів експерименту…… 96
ВИСНОВКИ 106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 109
ДОДАТКИ 118

ВСТУП

Внаслідок збройного конфлікту в Україні різко зросла кількість ветеранів війни, які потребують комплексної психосоціальної підтримки. За оцінками Міністерства у справах ветеранів, до кінця війни статус ветерана можуть отримати до п’яти мільйонів українців. Такий масштабний виклик вимагає створення ефективної системи допомоги, здатної забезпечити військовослужбовцям умови для повернення до мирного життя та відновлення їхнього психологічного благополуччя.

Після завершення служби значна частина ветеранів стикається з серйозними психологічними труднощами. Майже всі учасники бойових дій переживають прояви посттравматичного стресового розладу, багато хто зазнає високого рівня тривожності, депресивних станів, втрати сенсу життя, порушень соціальної взаємодії та комунікації з близькими. Ці фактори суттєво ускладнюють реінтеграцію ветеранів у цивільне середовище та їхню професійну самореалізацію, що підкреслює необхідність адресної психологічної підтримки.

Ефективна психосоціальна допомога є одним із ключових чинників успішної адаптації воїнів до мирних умов. Самі ветерани наголошують на важливості якісного, професійного та компетентного супроводу – допомоги, яка відповідає міжнародним стандартам, враховує військовий досвід і дозволяє працювати з травматичними переживаннями без шкоди для їхньої гідності та внутрішньої рівноваги. Завдяки такій підтримці підвищується психологічна стійкість, відновлюється здатність до саморегуляції та прийняття конструктивних рішень, формується готовність до побудови нового життєвого шляху.

Разом із тим, сучасна система психосоціальної допомоги в Україні стикається з низкою викликів: нестачею кваліфікованих фахівців, які володіють компетенціями роботи з військовим травматичним досвідом;

бюрократичними перешкодами; недостатнім рівнем координації між державними службами; а також поширеною стигматизацією теми психічного здоров’я у суспільстві. Це призводить до того, що значна частина ветеранів або взагалі не звертається по допомогу, або отримує її несистемно та неповною мірою.

Проблематика психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів вже стала предметом активних досліджень українських учених. Зокрема, О. Блінов, О. Хмелевська, Ю. Гошовська, І. Приходько, О. Тімченко, О. Хміляр, С. Миронець та О. Сафін аналізують психологічні наслідки бойового досвіду, умови формування стресостійкості та шляхи подолання посттравматичного стресового розладу, розробляють моделі ефективної психосоціальної підтримки. Наукові праці І. Буліта, Н. Чепелєвої, Т. Титаренко, О. Кочубей, В. Панка та Л. Сохань наголошують на необхідності індивідуального підходу, міждисциплінарного супроводу та створення безпечного середовища, де ветеран може отримати комплексну допомогу.

Згідно з результатами сучасних досліджень, понад 75% ветеранів вважають принципово важливим отримувати допомогу саме від фахівців, які розуміють їхній бойовий досвід, володіють спеціалізованими методами роботи та здатні забезпечити безпечне середовище для опрацювання травматичних переживань. Це свідчить про те, що якість психосоціальної підтримки безпосередньо визначається рівнем професійної компетентності психолога, його здатністю вибудовувати довірливі стосунки та застосовувати індивідуалізований підхід.

Отже, актуальність теми зумовлена нагальною потребою глибоко вивчити психологічні чинники, від яких залежить успішність психосоціальної підтримки ветеранів, з метою підвищення ефективності програм реабілітації, створення сучасних моделей допомоги та сприяння соціальній інтеграції українських захисників. Дослідження цього питання має не лише наукове, а й важливе практичне та суспільне значення, оскільки від

його результатів залежить якість життя мільйонів військовослужбовців, їхніх родин та українського суспільства загалом.

Мета дослідження – визначити психологічні чинники успішності психосоціальної підтримки ветеранів та перевірити ефективність розробленої програми такої підтримки.

Об’єктом дослідження є процес психосоціальної підтримки ветеранів війни.

Предметом дослідження є психологічні чинники, що визначають успішність психосоціальної підтримки ветеранів.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що успішність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою залежить від розвитку їх психологічної стійкості та мотивації до змін.

Для досягнення мети та перевірки гіпотези дослідження необхідно виконати такі завдання:

1. Вивчити теоретичні підходи до психосоціальної підтримки ветеранів та її основні складові.

2. Проаналізувати психологічні наслідки участі у бойових діях для ветеранів.

3. Розглянути ключові психологічні детермінанти, які впливають на ефективність психосоціальної підтримки ветеранів.

4. Визначити рівень довіри, відкритості, психологічної стійкості та готовності до змін у ветеранів.

5. Розробити та впровадити програму психосоціальної підтримки ветеранів і оцінити її ефективність шляхом порівняння результатів експериментальної та контрольної груп.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури;

- емпіричні: комплекс психометричних методик та опитувальників: Шкала психологічної стійкості Коннор-Девіс для визначення психологічної стійкості; Шкала Резильєнтності Вагнільда та Янга для оцінки рівня

саморегуляції, здатності до адаптації в стресових ситуаціях, витривалості і здатності підтримувати внутрішню рівновагу; методики «Особистісна готовність до змін» для визначення мотивації до змін; тест-опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» для дослідження копінг-стратегій; авторський опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії» для оцінки рівня відкритості до взаємодії з психологом, довіри до фахівця та готовності активно залучатися до програм психосоціальної підтримки;

- методи математичної статистики: кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для виявлення зв'язку між показниками психологічної стійкості, мотивації до змін та використання адаптивних копінг-стратегій у ветеранів.

Теоретичне значення дослідження полягає у тому, що: уточнено та розширено поняття терапевтичного альянсу в умовах роботи з ветеранами: показано, що у цій категорії клієнтів довіра, відкритість і готовність до активної участі є не лише передумовою, а й динамічним результатом цілеспрямованої роботи, який можна вимірювати та розвивати; доповнено сучасну концепцію резилієнсу (психологічної стійкості та життєстійкості) специфікою бойового травматичного досвіду українських ветеранів, підтвердивши, що резилієнс виступає не лише захисним фактором, а й провідним механізмом сприйняття та використання психосоціальної підтримки; встановлено та кількісно підтверджено тісний взаємозв'язок між рівнем психологічної стійкості, мотивацією до змін та перевагою адаптивних копінг-стратегій.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що розроблена програма психосоціальної підтримки та авторський опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії» можуть безпосередньо впроваджуватися в роботу реабілітаційних центрів, ветеранських хабів, психологічних служб та громадських організацій. Отримані матеріали можуть використовуватися для навчання психологів і соціальних працівників, які працюють з ветеранами.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ

1.1 Поняття та структура психосоціальної підтримки ветеранів

Психосоціальна підтримка ветеранів є ключовим елементом процесу їхньої адаптації до цивільного життя після участі у бойових діях. Вона спрямована на створення умов для відновлення психологічної рівноваги, зміцнення стресостійкості та формування ресурсів для ефективного вирішення життєвих і соціальних проблем. Ефективність підтримки значною мірою залежить від комплексного підходу, який охоплює різні сфери життя ветерана та дозволяє забезпечити цілісну інтеграцію у соціальне середовище.

Поняття підтримки є базовою категорією для розуміння психосоціальної допомоги й трактується в науковій літературі як система дій, спрямованих на полегшення становища людини у складній життєвій ситуації. У психологічних, соціологічних і педагогічних джерелах підтримка описується як механізм, що дає змогу особистості відновити здатність до саморегуляції, подолати кризові переживання та зберегти психічну рівновагу. І. Бех наголошує, що підтримка пов’язана з активізацією внутрішніх ресурсів особистості, які забезпечують її стійкість перед зовнішніми викликами та сприяють гармонійному розвитку.

Підтримка також розглядається як соціально взаємодіяльний процес, що включає емоційне прийняття, надання порад, практичну допомогу та забезпечення умов для безпечного проживання травматичного досвіду. У тлумачних і психологічних словниках підкреслюється, що вона є не лише зовнішнім впливом, а й формою партнерської взаємодії, яка допомагає людині відчути захищеність, зменшити напруження та побачити можливості для виходу з кризи. Такий підхід робить поняття підтримки комплексним і багатовимірним.

Психологічна підтримка як окремий вид допомоги спрямована на стабілізацію емоційного стану людини, опрацювання переживань, подолання тривоги та зміцнення адаптивних механізмів. У працях К. Герберт психологічна підтримка представлена як поєднання розуміння, емпатії та терапевтичної комунікації, що дозволяє особі поступово інтегрувати травматичний досвід у власне життя [12]. О. Блінов у дослідженнях бойової психічної травми підкреслює, що психологічна підтримка допомагає нормалізувати емоційні реакції на стрес і запобігти поглибленню патологічних симптомів [4].

До психологічної підтримки належать як професійні форми втручання – кризове консультування, перша психологічна допомога, психотерапевтичні техніки, так і непрофесійна підтримка, що може надаватися друзями, родиною чи волонтерами. О. Хмелевська зазначає, що ефективна психологічна підтримка створює умови для появи відчуття контролю, відновлює віру у власні сили та сприяє формуванню нових стратегій подолання [70]. Таке розуміння дозволяє розглядати психологічну підтримку як процес, що адаптується до потреб конкретної людини.

Соціальна підтримка розглядається у соціальній роботі, психології та соціології як комплекс зовнішніх ресурсів, які забезпечують людині умови для безпечного життя, взаємодії з іншими й доступу до необхідних послуг. До неї належать матеріальна допомога, інформаційне забезпечення, юридичний супровід, підтримка сім’ї та громади, сприяння працевлаштуванню чи отриманню освіти. Соціальна підтримка служить важливим чинником відновлення соціальних ролей, зменшує ізоляцію та сприяє збереженню соціальних зв’язків.

Міжнародні документи, зокрема IASC Guidelines та сучасний інструментарій Groves et al., визначають соціальну підтримку як невід’ємний елемент благополуччя, що дозволяє людині отримувати допомогу на різних рівнях – від сімейного та громадського до державного [56]. Наявність стабільних соціальних ресурсів є провідною умовою для подолання наслідків

стресу, відновлення соціального статусу та повернення до повноцінного життя. Саме тому міжнародні стандарти включають соціальну підтримку до ключових напрямів комплексного втручання.

Окремо варто підкреслити важливість взаємозв'язку психологічної та соціальної підтримки, який виступає проміжною ланкою між окремими видами допомоги та комплексним поняттям «психосоціальна підтримка». Психологічна підтримка забезпечує внутрішню стабілізацію людини, необхідну для подолання травми, тоді як соціальна створює зовнішні умови для безпеки, соціальної включеності та доступу до послуг. Взаємодія цих двох компонентів дозволяє не лише пом'якшити емоційні наслідки кризи, а й забезпечити сталість відновлення за рахунок включення особистості у соціальні структури, формування підтримувального середовища та зміцнення соціального капіталу.

У сучасних дослідженнях наголошується, що психологічні труднощі людини часто посилюються соціальними чинниками – ізоляцією, втратою житла, розривом зв'язків, нестачею матеріальних ресурсів. Тому ефективна система допомоги має охоплювати не лише емоційну підтримку, а й розбудову соціального середовища, що сприяє відновленню автономії та життєстійкості. Комплексний підхід дозволяє враховувати як внутрішні переживання людини, так і зовнішні обставини, що впливають на її здатність адаптуватися до стресових подій.

Таким чином, у науковому дискурсі сформувалося розуміння того, що жоден із видів підтримки – психологічний чи соціальний – не може бути достатнім окремо в умовах війни, кризи або травматичних ситуацій. Саме тому виникла потреба в інтегрованому підході, який органічно поєднує два напрями допомоги. Це стало основою для сучасного трактування психосоціальної підтримки як комплексного впливу, спрямованого на відновлення психічного благополуччя та соціального функціонування людини в умовах складних життєвих обставин.

Поняття психосоціальної підтримки у сучасному науковому дискурсі розглядається як інтегрована форма допомоги, що поєднує психологічні та соціальні ресурси з метою відновлення здатності людини функціонувати в умовах стресу, кризи чи травми. У міжнародних стандартах, зокрема IASC Guidelines, психосоціальна підтримка визначається як система заходів, спрямованих на зміцнення емоційного добробуту людини та мобілізацію соціальних механізмів захисту, що забезпечують можливість адаптації в умовах надзвичайних ситуацій. Підкреслюється, що йдеться не лише про роботу з переживаннями, а й про формування сприятливого соціального середовища [51].

У працях A. Ager і J. Metzler психосоціальна підтримка трактується як процес, спрямований на підтримання психологічної стабільності особистості шляхом активізації соціальних зв’язків, ресурсів громади та практик взаємодопомоги. Вони наголошують, що психологічні інтервенції без соціального компонента мають обмежений ефект, оскільки відновлення людини залежить як від її внутрішнього стану, так і від зовнішнього соціального контексту [78].

Згідно з підходом H. Meissner, психосоціальна підтримка охоплює широкий спектр дій – від первинної емоційної допомоги й базового консультування до соціального супроводу, сприяння інтеграції та відбудови соціальних ролей. Автор підкреслює, що психосоціальна допомога має бути доступною, безперервною та контекстуально обумовленою, тобто враховувати культурні, соціальні та індивідуальні особливості отримувачів [82].

У вітчизняній науковій традиції поняття психосоціальної підтримки розкривається крізь призму інтеграції психологічної допомоги та соціальної взаємодії. Так, Т. Титаренко підкреслює, що психосоціальна підтримка є процесом створення для людини умов безпеки, прийняття та підтримувального соціального середовища, у якому вона здатна відновити власні життєві смисли та внутрішню опору. Дослідниця наголошує на

необхідності поєднання емоційної підтримки з розбудовою соціальних зв’язків.

Н. Чепелєва трактує психосоціальну підтримку як інтегрований вплив на особистість, що сприяє відновленню її адаптаційних можливостей, подоланню наслідків травматичного досвіду та поверненню до активної соціальної взаємодії. Учена зазначає, що ключовим елементом цієї підтримки є налагодження довірливих стосунків між фахівцем і людиною, яка потребує допомоги [43].

На думку С. Богданова та О. Залеської, психосоціальна підтримка – це комплекс соціально-психологічних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, формування навичок саморегуляції та забезпечення соціальної інтеграції особи. Дослідники розглядають її як міжгалузевий вид діяльності, що поєднує можливості психології, соціальної педагогіки та соціальної роботи [58].

У працях В. Панка підкреслюється, що психосоціальна підтримка не обмежується тільки допомогою в переживанні емоційних станів, а охоплює також сприяння у відновленні соціальної активності, зменшенні соціальної ізоляції та поверненні до звичного життєвого ритму. Він наголошує, що ефективність такої підтримки значною мірою залежить від включення громади та мереж соціальних сервісів [45].

Л. Сохань визначає психосоціальну підтримку як систему заходів, які спрямовані на розвиток особистісного потенціалу, формування життєстійкості та мобілізацію соціальних ресурсів для подолання труднощів. Дослідниця підкреслює, що важливо не лише усувати наслідки травми, а й сприяти розкриттю внутрішнього ресурсу особистості [19].

Психосоціальну підтримку як комплекс взаємодій фахівця з особою або групою, який спрямований на стабілізацію емоційного стану та забезпечення доступу до соціальних ресурсів описує О. Хмелевська. Дослідниця підкреслює, що психосоціальна підтримка має будуватися на засадах гуманізму, добровільності та партнерства, а її метою є розвиток стійкості та здатності людини відновлюватися після стресу [70].

У працях О. Плеткі психосоціальна підтримка визначається як інтегративний вид професійної діяльності, що поєднує психологічне консультування, емоційну підтримку й соціальні інтервенції, спрямовані на адаптацію особистості до змінених умов життя. Авторка акцентує на міждисциплінарному характері цього поняття, адже ефективна допомога можлива лише в умовах взаємодії психологів, соціальних працівників, педагогів та інших фахівців [47].

На підставі аналізу наукових підходів можна зробити висновок, що психосоціальна підтримка – це багатовекторне явище, яке охоплює психологічну, соціальну, інколи педагогічну й організаційну складові. Вона спрямована не лише на подолання травматичних переживань, але й на відновлення соціальних ролей, самооцінки, життєстійкості та здатності людини діяти в умовах нестабільності.

Внесок українських науковців дозволяє побачити психосоціальну підтримку як комплексний процес, що охоплює: емоційну стабілізацію, розвиток внутрішніх ресурсів, зміцнення соціальних зв’язків, сприяння адаптації та поверненню до активної життєдіяльності.

Отже, психосоціальна підтримка – це комплексна, інтегрована система професійних та непрофесійних заходів, що поєднують психологічну допомогу та соціальні ресурси з метою стабілізації емоційного стану, відновлення життєвого функціонування, зміцнення соціальних зв’язків і підвищення здатності людини адаптуватися до складних чи травматичних життєвих обставин.

Психосоціальна підтримка ветеранів у сучасній науковій думці трактується як особливий різновид допомоги, що поєднує психологічні та соціальні компоненти і має на меті подолання наслідків бойового досвіду, стабілізацію емоційного стану, відновлення соціального функціонування та інтеграцію у мирне життя. У світових дослідженнях вона розглядається як багаторівнева система втручань, у межах якої поєднуються терапевтична робота, реабілітаційні заходи та підтримка соціальних мереж ветерана. Так,

західні науковці, зокрема A. Adler, P. Bliese, C. Castro та ін., підкреслюють, що психологічне втручання не може бути ефективним без паралельного розширення соціальних можливостей ветерана, налагодження стосунків у сім'ї та середовищі, відновлення відчуття контролю та безпеки [77]. С. Ганьба акцентує на тому, що повернення ветерана до повноцінного життя можливе лише за умови поєднання терапевтичної практики з підтримкою громади та сформованою мережею допомоги [11]. Відповідно до міжнародних стандартів IASC, психосоціальна підтримка повинна охоплювати весь спектр потреб – від базових соціальних послуг до високоспеціалізованої психологічної допомоги [56].

Українські дослідники поглиблюють це розуміння з огляду на реалії російсько-української війни та особливості бойового досвіду наших військових. Н. Череповська визначає психосоціальну підтримку ветеранів як процес відновлення їхнього функціонування через паралельну роботу з психологічними наслідками травми та соціальними труднощами, такими як сімейні конфлікти, безробіття чи порушення міжособистісних зв'язків [72]. І. Приходько наголошує, що ефективна підтримка потребує попередньої діагностики бойового стресу, а також розроблення індивідуальних програм, які поєднують методи психотерапії та соціальної реабілітації [52]. На думку Н. Гусак, психосоціальна підтримка має будуватися на принципах резилієнс-підходу, що сприяє активізації внутрішніх ресурсів ветеранів, залученню громади та мінімізації ризику хронізації посттравматичних розладів [16].

Дослідники О. Тімченко та О. Блінов підкреслюють, що психосоціальна підтримка ветеранів включає не лише лікувально-терапевтичні заходи, але й формування навичок емоційної стабільності, подолання травматичного досвіду, навчання новим копінг-стратегіям, підтримку розвитку життєвої мотивації та соціальних ролей [4; 67]. Значну увагу у вітчизняних працях приділено також ролі соціального середовища. Так, А. Чернов, В. Заіка, В. Лебедєв та ін. наголошують, що успішність реадаптації ветерана значною мірою залежить від того, наскільки

сформована система соціальних зв’язків, чи отримує він підтримку родини, побратимів, громади та державних інституцій [50]. Соціальна підтримка у цьому контексті розглядається як ресурс, що компенсує втрату бойового колективу та допомагає ветерану відновити відчуття приналежності та значущості.

Психосоціальна підтримка ветеранів має також реінтеграційний вимір, адже повернення до мирного життя нерідко супроводжується труднощами адаптації, зміною ролей, професійною переорієнтацією та пошуком нових життєвих смислів. Українські автори, серед яких О. Козлова, Н. Пов’якель, О. Туриніна, підкреслюють, що ветерани потребують комплексного підходу, який включає психологічну допомогу, інформаційну та юридичну підтримку, сприяння працевлаштуванню, роботу з сім’єю, розвиток навичок комунікації та формування нових соціальних перспектив [26; 49; 68].

Загалом у сучасній науці простежується єдність поглядів на те, що психосоціальна підтримка ветеранів повинна об’єднувати психологічні методи роботи з травмою та соціальні механізми забезпечення життєвої стабільності. Усі підходи підкреслюють необхідність міждисциплінарної команди фахівців, індивідуалізації програм та залучення соціального оточення ветерана.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, психосоціальну підтримку ветеранів можна визначити як комплекс взаємопов’язаних психологічних і соціальних заходів, спрямованих на подолання наслідків бойового досвіду, відновлення емоційної рівноваги, зміцнення внутрішніх ресурсів, налагодження соціальних зв’язків та забезпечення успішної адаптації ветерана до умов мирного життя. Вона ґрунтується на поєднанні терапевтичної роботи, соціального супроводу та реінтеграційних практик, що враховують специфіку військової ідентичності й травматичного досвіду кожного ветерана.

Отже, до основних цілей психосоціальної підтримки ветеранів належать відновлення психологічної стійкості та адаптаційних ресурсів,

забезпечення соціальної інтеграції у цивільне життя, зміцнення родинних і соціальних зв’язків, а також зниження ризику розвитку психічних розладів та проявів соціальної дезадаптації. Ці цілі спрямовані на відновлення цілісного функціонування особистості після пережитих бойових дій, подолання наслідків психотравматичного досвіду та формування здатності ефективно виконувати соціальні ролі в умовах мирного середовища.

Завдання психосоціальної підтримки є комплексними. Вони включають проведення психологічної діагностики для визначення рівня стресу, емоційного виснаження, травматичних реакцій та можливих порушень адаптації. Важливою складовою є психотерапевтичний супровід, який може охоплювати індивідуальне консультування, роботу з травмою, навчання навичкам емоційної саморегуляції, підтримку у подоланні агресивності, тривожності чи депресивних проявів. Значне місце займає розвиток копінг-стратегій, тобто умінь справлятися зі стресом через конструктивні способи реагування, відновлення контролю над життям, зниження впливу тригерів бойового досвіду [17; 59].

Окремим напрямом завдань є організація соціальної взаємодії ветеранів із сім’єю, громадою, фахівцями та іншими учасниками соціального середовища. Це передбачає залучення ветеранів до груп підтримки, соціально значущих ініціатив, програм професійної реабілітації та перекваліфікації, що сприяє поверненню людини до активного суспільного життя. Важливо також забезпечити підтримку сімей ветеранів, адже саме родина часто виступає ключовим ресурсом у процесі адаптації. Таким чином, психосоціальна підтримка об’єднує психологічні, соціальні, освітні та реабілітаційні заходи, спрямовані на формування у ветеранів внутрішніх і зовнішніх ресурсів для повноцінного життя в умовах мирного часу.

Психосоціальна підтримка ветеранів є комплексною системою заходів, яка поєднує психологічні, соціальні, організаційні та інформаційні ресурси, спрямовані на відновлення їхнього благополуччя та адаптацію до цивільного життя. Психологічна підтримка охоплює індивідуальне та групове

консультування, психотерапію, тренінги особистісного зростання, розвиток емоційної стабільності та навичок саморегуляції. Важливе місце займає робота з травматичним досвідом, формування навичок подолання стресу та попередження повторної травматизації, що підкреслюють українські дослідники О. Блінов та О. Соловей, які акцентують також на необхідності довготривалої психологічної підтримки ветеранів [4; 64].

Соціальна підтримка зосереджується на відновленні й зміцненні соціальних зв'язків ветерана з родиною, однолітками, громадою та різними інституціями. Вона включає участь у громадських і волонтерських ініціативах, роботу з родиною щодо покращення комунікації та подолання можливих конфліктів, соціальні інтеграційні програми. Науковці Н. Пов'якель, Т. Семигіна та ін. наголошують, що соціальна взаємодія сприяє зниженню відчуття ізоляції, підвищує рівень підтримки та формує відчуття залученості ветеранів до життя громади [49; 44].

Матеріально-організаційна підтримка охоплює забезпечення ветеранів доступом до медичних, реабілітаційних і соціальних послуг, сприяння у працевлаштуванні, забезпечення житлом, а також надання соціальних пільг. Науковці підкреслюють, що саме матеріальна стабільність формує основу для успішної психологічної та соціальної реабілітації, адже допомагає знизити рівень побутового стресу й забезпечує базове відчуття безпеки [41].

Інформаційна підтримка ветеранів є важливою складовою психосоціальної допомоги та передбачає надання доступної, зрозумілої та актуальної інформації про всі наявні ресурси для реабілітації та соціальної інтеграції. Вона охоплює інформування про психологічні та медичні послуги, реабілітаційні програми, соціальні пільги, освітні та професійні курси, а також волонтерські та громадські ініціативи. Ефективна подача інформації у простій та структурованій формі, адаптованій до психологічного стану ветеранів, допомагає їм орієнтуватися у доступних можливостях, відновити контроль над власним життям, знизити відчуття безпорадності та ізоляції, а також підвищити мотивацію до активної участі у програмах відновлення [37;

47]. Таким чином, інформаційна підтримка забезпечує основу для повноцінного використання психологічної, соціальної та матеріально-організаційної допомоги, сприяючи успішній адаптації та інтеграції ветеранів у мирне життя.

Програма психосоціальної підтримки ветеранів формується за модульним принципом і включає низку взаємопов'язаних етапів, кожен з яких спрямований на комплексне відновлення особистості. Першим етапом є оцінка потреб ветеранів і психологічний скринінг, що дає можливість виявити рівень психічної напруги, симптоми травматичного стресу, потреби у соціальній чи медичній підтримці. Індивідуалізована оцінка дозволяє підібрати оптимальні методи впливу та сформувати персоналізовану траєкторію підтримки [22].

Психоосвітні та психотерапевтичні модулі є наступним ключовим компонентом програми. Психоосвіта допомагає ветеранам та їхнім родинам зрозуміти природу пережитих емоційних станів, вплив травми на поведінку та методи подолання труднощів. Психотерапевтичні втручання можуть включати когнітивно-поведінкову терапію, методи роботу з травмою, тренінги емоційної регуляції, групову підтримку, що сприяє зменшенню симптомів стресу та підвищенню психологічної стійкості.

Етап соціальної адаптації та інтеграції спрямований на повернення ветеранів до активного соціального життя. Він включає участь у соціальних проєктах, професійну реінтеграцію, відновлення сімейної взаємодії, розвиток комунікативних і побутових навичок. Важливою складовою цього блоку є робота з громадою, підвищення її готовності підтримувати ветеранів, що забезпечує комфортніше середовище для їхнього повернення до мирного життя.

Заключним компонентом є моніторинг ефективності програми та її подальша корекція. Регулярна оцінка результатів дозволяє виявляти динаміку змін у психологічному стані й соціальній поведінці ветеранів, своєчасно коригувати обрані методи підтримки та підвищувати загальну ефективність

програми. Н. Череповська підкреслює важливість довготривалого супроводу, адже адаптація ветеранів є процесом, що триває роками та потребує системної підтримки [72].

Таким чином, структура програми психосоціальної підтримки ветеранів поєднує діагностичний, психоосвітній, терапевтичний, соціальний та оціночний етапи, забезпечуючи комплексний підхід до їхнього психологічного та соціального благополуччя.

Узагальнюючи розглянуте, можна зробити висновок, що психосоціальна підтримка ветеранів є комплексним, багатовимірним процесом, який інтегрує психологічні, соціальні, матеріально-організаційні та інформаційні компоненти. Вона спрямована на відновлення психологічної стабільності, зміцнення внутрішніх ресурсів, підтримку соціальних зв'язків та ефективну адаптацію до цивільного життя після бойових дій. Ефективність підтримки забезпечується модульною структурою програми, що поєднує діагностику, психоосвітні та психотерапевтичні втручання, соціальну інтеграцію та моніторинг результатів, що створює цілісний підхід до реабілітації ветеранів і формування їхньої життєстійкості.

1.2 Психологічні наслідки участі у бойових діях

Участь у бойових діях є одним із найпотужніших стресогенних факторів, що впливає на психіку людини та призводить до складних, багатовимірних змін у її емоційній, когнітивній та поведінковій сферах. Переживання постійної загрози життю, необхідність швидко реагувати на екстремальні ситуації, спостереження за пораненнями чи загибеллю побратимів, тривале перебування у стані невизначеності та відсутності контролю формують стійкі психологічні реакції, які зберігаються навіть після повернення до мирного середовища. Українські дослідження (Н. Агаєв, О. Кокун, Н. Лозінська, С. Павлушенко, Є. Пузирьов) підкреслюють, що сучасні бойові дії характеризуються високою інтенсивністю,

непередбачуваністю та тривалим впливом стрес-факторів, які значно перевищують адаптаційні можливості людини. Саме тому бойовий досвід часто супроводжується формуванням травматичних реакцій, що мають кумулятивний ефект і проявляються як у психологічних, так і у соціально-поведінкових аспектах.

Науковці наголошують, що психіка військовослужбовця в умовах бойових дій функціонує у режимі хронічної мобілізації, а перенапруження нервової системи призводить до виснаження й появи патологічних реакцій навіть у раніше психічно стійких осіб [1; 27; 31; 43]. Зарубіжні автори підтверджують, що бойова травма накладає тривалий відбиток на здатність людини контролювати емоційні реакції, формує схильність до гіперпильності, агресивних спалахів, труднощів у міжособистісному спілкуванні та проблем з довірою [78; 83]. Багаточисленні дослідження свідчать, що для багатьох військових травматичний досвід не завершується після демобілізації, оскільки психіка продовжує функціонувати за бойовими механізмами реагування, які в мирних умовах стають дезадаптивними [38].

Таким чином, сукупність бойових факторів – небезпека, втрати, постійна напруга, інформаційне та емоційне перевантаження – формує глибокий комплекс психологічних наслідків, які потребують спеціалізованої психосоціальної підтримки. Наукові праці українських дослідників підтверджують, що без професійного супроводу ветерани часто стикаються з труднощами саморегуляції, ізоляцією, труднощами у відновленні життєвих цілей та інтеграції у цивільне середовище, що значно ускладнює процес реадаптації та повернення до повноцінного життя.

Одним із найбільш поширених і ґрунтовно досліджених психологічних наслідків участі у бойових діях є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який виникає як відповідь на екстремальний, загрозливий для життя досвід. ПТСР проявляється у формі нав’язливих спогадів, флешбеків, нічних кошмарів, підвищеної пильності та стану постійної готовності до небезпеки, що значно виснажує нервову систему та порушує відчуття безпеки. Одним із

ключових симптомів є уникнення будь-яких нагадувань про травмуючі події – місць, людей, розмов або діяльності, що активують болісні спогади. Як зазначають О. Венгер, С. Ястремська і Н. Рега, ці реакції нерідко супроводжуються емоційним онімінням, втратою інтересу до раніше значущих занять та труднощами у відчутті позитивних емоцій, що ускладнює соціальне та сімейне функціонування [9].

Високий рівень фізіологічної збудженості, характерний для ПТСР, не зникає навіть після тривалого перебування в мирному середовищі. Ветерани часто відчувають труднощі зі сном, різку реакцію на гучні звуки, підвищену дратівливість або неконтрольовані спалахи гніву. Дослідження О. Кокуна, І. Пішка та НЕ. Лозінської підкреслюють, що ці прояви є наслідком тривалого перебування у стані бойового стресу, за якого організм вимушено функціонував у режимі «бойової готовності» [28]. Після повернення до цивільного життя ці фізіологічні механізми не відключаються, що створює значну напругу у побутових і соціальних ситуаціях.

ПТСР має також суттєвий вплив на міжособистісну взаємодію та соціальну поведінку ветеранів. За даними В. Зайцева, порушення емоційної регуляції, підвищена агресивність або, навпаки, виражена замкнутість здатні призводити до конфліктів у сім’ї, труднощів у спілкуванні з близькими чи побратимами та зниження рівня соціальної підтримки [20]. С. Кучеренко і Н. Хоменко зазначають, що ПТСР часто супроводжується відчуттям відчуженості, нерозуміння з боку оточення та втратою відчуття належності, що посилює ізоляцію ветерана та ускладнює його реінтеграцію [33].

Отже, посттравматичний стресовий розлад виступає одним із центральних психологічних наслідків бойового досвіду, який суттєво впливає на емоційний стан, поведінку та соціальну взаємодію ветеранів. Його прояви потребують комплексної, тривалої психосоціальної підтримки, що враховує як психологічні, так і соціальні компоненти адаптації.

Тривожні та депресивні стани є ще однією поширеною та важливою групою психологічних наслідків бойового досвіду, які суттєво впливають на

повсякденне функціонування ветеранів. Тривале перебування у ситуації загрози, непередбачуваність бойових умов і необхідність постійної мобілізації внутрішніх ресурсів виснажують нервову систему, що зумовлює формування стану хронічної тривоги. У ветеранів часто спостерігається підвищена напруга, надмірна пильність, відчуття постійної небезпеки навіть у мирних умовах. Реакціями на такий стан можуть бути емоційне оніміння – коли людина втрачає здатність відчувати радість, прив'язаність або інтерес, – або, навпаки, висока емоційна лабільність, що проявляється у дратівливості, раптових спалахах гніву чи плаксивості [34].

Депресивні стани також є типовим наслідком пережитих бойових подій. Відчуття провини за виживання, втрата бойових побратимів, сприйняття себе як «тягаря» для сім'ї, руйнування уявлень про майбутнє — усе це формує глибокі емоційні переживання, які можуть тривалий час залишатися непомітними для оточення. Депресивні прояви у ветеранів часто маскуються під соматичні симптоми (втома, порушення сну, зниження працездатності), що ускладнює своєчасне звернення по допомогу [21]. В. Гаврилькевич додає, що депресія у ветеранів нерідко поєднується з емоційним вигоранням і втратою мотивації, що може призвести до зниження соціальної активності, відмови від професійної діяльності та ізоляції [10].

Тривожні й депресивні стани мають комплексний характер і часто посилюють один одного, створюючи додаткові труднощі для реінтеграції ветеранів у повсякденне життя. Їх наявність обґрунтовує необхідність системної психосоціальної підтримки, спрямованої не лише на стабілізацію емоційного стану, а й на відновлення внутрішніх ресурсів та життєвої перспективи.

Психологічні труднощі нерідко супроводжуються порушеннями соціальної взаємодії, що особливо проявляється у ветеранів після повернення з війни. Військовий досвід залишає глибокий слід у психіці людини, формує високий рівень тривожності, емоційного напруження та схильності до замкненості, що ускладнює відновлення нормальних соціальних контактів.

Ветерани можуть відчувати труднощі у встановленні та підтриманні родинних стосунків, спілкуванні з однолітками та інтеграції у громаду. Часто вони стикаються з нерозумінням з боку близьких, що не можуть оцінити масштаби пережитого стресу, а також з труднощами у взаємодії з людьми, які не мають військового досвіду.

Важливим фактором є зміна ціннісних орієнтацій та пріоритетів, що формуються під час служби. Ветеран може по-новому оцінювати значущість кар'єри, сім'ї, дружніх стосунків або соціальної активності, що нерідко викликає конфлікти та непорозуміння у повсякденному житті. Соціальна ізоляція, відчуття відчуження та внутрішня напруга підсилюються, коли суспільство або громада недостатньо готові до прийняття та підтримки ветерана.

Т. Семигіна підкреслює, що соціальна дезадаптація ветеранів виникає не лише через їхні поведінкові чи емоційні особливості, а й через обмеженість соціальних механізмів підтримки та непідготовленість оточення до реінтеграції колишніх військових. Відсутність системної підтримки, як на рівні сім'ї, так і на рівні громади та держави, може призводити до хронічного стресу, розвитку тривожних і депресивних станів, а також до зниження соціальної активності ветеранів, що перешкоджає їхній повноцінній адаптації [44].

Процес реінтеграції вимагає комплексного підходу, що включає психологічну підтримку, соціальні програми адаптації та активну роботу з громадськістю щодо формування готовності до сприйняття та допомоги ветеранам. Такий підхід дозволяє не лише зменшити ризик конфліктів, а й сприяє ефективній соціальній та психологічній адаптації ветеранів.

Одним із психологічних наслідків участі у бойових діях є втрата життєвих цілей, мотивації та сенсу життя. Ветерани можуть відчувати внутрішню порожнечу, апатію та зниження інтересу до колишніх захоплень і професійної діяльності. Ці зміни часто виникають як наслідок травматичних подій, постійного ризику для життя та моральних дилем, що ставали

щоденною реальністю під час служби. Втрата орієнтирів і відчуття безглуздості можуть спричиняти емоційне виснаження, зниження самооцінки та відчуття власної непотрібності у мирному житті.

Зниження мотивації також позначається на соціальній адаптації ветеранів. Вони можуть уникати спілкування з родиною, друзями та колегами, що часто призводить до ізоляції та поглиблення психологічних проблем. Відчуття розриву між власними цінностями, сформованими під час служби, і цінностями цивільного життя створює додатковий внутрішній конфлікт, який ускладнює повернення до звичного ритму життя. Поступова втрата мотивації до навчання, професійного розвитку та участі у громадських активностях може перешкоджати повноцінній соціальній інтеграції.

Фізіологічні та психосоматичні наслідки бойового стресу значною мірою впливають на загальний стан ветерана. Хронічна напруга, що виникає під час тривалого перебування в умовах бойових дій, провокує різноманітні соматичні порушення, зокрема головний біль, безсоння, серцево-судинні та травні розлади, а також інші фізіологічні симптоми, пов’язані зі стресом. Такі прояви можуть бути непомітними на перший погляд, проте вони значно знижують якість життя, ускладнюють відновлення після бойового досвіду та потребують уваги не лише психологів, а й медичних спеціалістів.

Як зазначають Л. Радецька, І. Лаба та ін., фізіологічні симптоми часто взаємопов’язані з психологічними проблемами ветеранів. Порушення сну, хронічна втома та постійна фізична напруга підсилюють тривожність, емоційне виснаження та знижують здатність до концентрації і прийняття рішень у повсякденному житті. Соматичні прояви, такі як прискорене серцебиття, біль у грудях, розлади травлення або напруження м’язів, можуть виступати тригерами для виникнення депресивних станів, агресивності або емоційної нестабільності, створюючи порочне коло психосоматичних порушень. Крім того, такі фізичні симптоми часто обмежують соціальну активність ветеранів, зменшують їхню участь у громадському житті та ускладнюють відновлення родинних стосунків. Важливо розуміти, що без

своєчасної комплексної підтримки ці прояви можуть перетворитися на хронічні проблеми, значно погіршуючи якість життя ветерана та знижуючи ефективність його соціальної та психологічної адаптації [61].

Психологічні наслідки бойового досвіду нерозривно пов’язані з факторами, що ускладнюють реінтеграцію у мирне життя. Ветерани часто стикаються з глибинними внутрішніми змінами, які зачіпають їхні цінності, пріоритети та сприйняття світу. Втрата життєвих цілей і професійної ідентичності є одними з найпоширеніших проявів психологічного дискомфорту після бойових дій. Люди, які раніше чітко бачили своє місце в суспільстві та свою роль у професійному середовищі, після повернення можуть відчувати себе дезорієнтованими та непотрібними.

Додатковим викликом для ветеранів є внутрішнє напруження та складнощі у саморегуляції, які проявляються у зниженні стресостійкості, імпульсивності та швидкій стомлюваності. Постійне психологічне навантаження може призводити до емоційних зривів, підвищеної дратівливості та відчуття емоційного виснаження, що ускладнює повсякденну діяльність і взаємодію з оточенням. Також часто виникає відчуття втрати контролю над власним життям та неможливість впливати на важливі рішення, що поглиблює стан тривоги та послаблює мотивацію до активної соціальної участі.

Дефіцит емоційних та когнітивних ресурсів також істотно впливає на процес реінтеграції. Постійна напруга, виснаження нервової системи та пережитий стрес знижують здатність до саморегуляції, концентрації уваги та прийняття адекватних рішень у складних соціальних ситуаціях. В результаті ветерани можуть швидко втомлюватися, відчувати апатію та уникати соціальної взаємодії, що створює замкнуте коло психологічної дезадаптації.

Крім того, стигма щодо звернення по психологічну допомогу часто перешкоджає своєчасній підтримці. Соціальні стереотипи про «сильного чоловіка» чи «непохитного військового» можуть змушувати ветеранів приховувати власні емоційні проблеми та уникати терапевтичних втручань.

Поєднання індивідуальних психологічних особливостей та соціального контексту визначає, наскільки успішною буде адаптація ветерана після повернення з війни. Тільки комплексна підтримка, що враховує психологічні, соціальні та фізіологічні аспекти, може сприяти ефективній реінтеграції та відновленню життєвого балансу [66].

Таким чином, психологічні наслідки участі у бойових діях є комплексними та багатовимірними, охоплюючи емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери. Посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні стани, втрата життєвих цілей і професійної ідентичності, а також психосоматичні прояви створюють стійкий вплив на психіку ветеранів і зберігаються навіть після повернення до мирного середовища. Ці явища призводять до труднощів у саморегуляції, соціальній взаємодії, формуванні нових соціальних зв’язків та відновленні повсякденного ритму життя, що значно ускладнює процес реінтеграції та адаптації ветеранів.

Комплексний характер психологічних наслідків бойового досвіду свідчить про взаємозв’язок індивідуальних психологічних особливостей ветерана та соціального контексту його життя після повернення. Психічні, фізіологічні та соціальні прояви травматичного досвіду взаємопов’язані і підсилюють один одного, формуючи стійкі патерни реагування, які можуть залишатися дезадаптивними у мирних умовах. Це підкреслює важливість системного розуміння психологічного стану ветеранів як складного явища, що потребує комплексного аналізу для оцінки їхньої адаптації та інтеграції у цивільне життя.

1.3 Огляд міжнародного та вітчизняного досвіду психосоціальної реабілітації військовослужбовців: програми підтримки, принципи роботи, результати

У сучасному світі психосоціальна реабілітація ветеранів набуває надзвичайного значення як невід’ємна складова їхньої адаптації до мирного

життя, оскільки військова служба часто супроводжується високим рівнем психологічного та емоційного навантаження, травматичними подіями, порушенням соціальних зв’язків та труднощами інтеграції у цивільне середовище. Без системної підтримки ветерани можуть стикатися з тривожністю, посттравматичним стресовим розладом, депресивними станами та соціальною ізоляцією, що ускладнює відновлення життєвих навичок, працевлаштування та налагодження міжособистісних стосунків. Саме тому ефективні програми психосоціальної реабілітації, що поєднують індивідуальну терапію, групову підтримку та міждисциплінарний підхід, стають ключовим чинником успішної соціальної та психологічної адаптації ветеранів.

У світовій практиці психосоціальна реабілітація ветеранів охоплює широкий спектр програм, які поєднують індивідуальну, групову роботу та міждисциплінарний підхід (табл. 1.1).

У США значну роль у психосоціальній реабілітації ветеранів відіграє Veterans Affairs (VA). Через систему VA діють Psychosocial Rehabilitation and Recovery Centers (PRRCs), які спеціалізуються на підтримці ветеранів із тяжкими психічними розладами, зокрема посттравматичним стресовим розладом, депресією та тривожними станами. PRRCs надають комплексну допомогу, поєднуючи індивідуальні консультації з психотерапії, групові тренінги з розвитку життєвих навичок, навчальні програми з управління стресом та планування повсякденного життя. Програми спрямовані на формування у ветеранів здатності самостійно визначати власні цілі, розвивати соціальні та професійні навички, відновлювати міжособистісні стосунки та адаптуватися до цивільного життя. Крім того, центри тісно співпрацюють із соціальними службами та медичними установами, забезпечуючи міждисциплінарний підхід, що включає психіатричний нагляд, соціальну підтримку та координацію з громадськими ініціативами [30]. Такий комплексний підхід дозволяє ветеранам поступово відновлювати

функціональні можливості, підвищує їхню соціальну інтеграцію та значно покращує якість життя після завершення військової служби.

Таблиця 1.1 – Міжнародні програми психосоціальної підтримки ветеранів

Назва програми	Країна	Цільова група / опис	Основні результати
Psychosocial Rehabilitation & Recovery Center (PRRC)	США (VA)	Ветерани з тяжкими психічними розладами	Зниження внутрішньої стигми, розвиток соціальних навичок, когнітивно-поведінкова та мистецька терапія, кейс-менеджмент.
Warrior Care Network	США	Ветерани з ПТСР та травматичними ушкодженнями мозку (TBI)	2-тижневий інтенсивний курс амбулаторної терапії, підтримка ветеранів і сімей, поєднання клінічної та соціальної допомоги.
Warrior PATHH	США	Ветерани та першопомічники з травматичними переживаннями	Програма з фокусом на посттравматичне зростання (PTG), 90 днів, ретрит + підтримка; зменшення симптомів ПТСР.
Peer-support від Combat Stress	Великобританія	Ветерани з «складними» психічними потребами	Peer-групи з іншими ветеранами знижують ізоляцію, стигму та мотивують звертатися по клінічну допомогу.
Virtual Reality Exposure Therapy – BraveMind (SoldierStrong)	США	Ветерани з ПТСР	Використання VR для експозиційної терапії ПТСР, інтерактивний формат для залучення ветеранів, які уникають традиційної терапії.
VetsPrevail (онлайн когнітивно-поведінкова терапія)	США	Ветерани з легкими та помірними симптомами ПТСР та депресії	Онлайн-програма CBT, самостійне проходження; зменшення симптомів ПТСР та депресії.

Ще один приклад – програма Warrior Care Network, яка реалізується за підтримки Wounded Warrior Project (WWP), VA та академічних медичних центрів. Програма пропонує інтенсивну амбулаторну терапію ПТСР, травматичних ушкоджень мозку, а також інші форми підтримки ветеранів. Зокрема, за даними WWP, до 2023 року нараховане понад 68 600 годин

лікування ПТСР і ТВІ, та майже 13 000 емоційних сесій зі зв'язком «гаряча лінія» і ветерани. У дослідженні програми зазначено, що до лікування понад 83% учасників мали симптоматику ПТСР на рівні «помірне – тяжке», після інтенсивної терапії середня шкала ПТСР (PCL-5) зменшилась із ~51,1 до ~31,7. Крім того, рівень завершення програми склав близько 94 %, що значно вищий ніж у традиційних форматах з регулярним щотижневим лікуванням [24].

У Великій Британії значною практикою є «peer – support» (підтримка однолітками): дослідження, проведене Combat Stress (ветеранська психічна служба Великобританії), показало, що групи ветеранів, які ведуть один одного, значно зменшують ізоляцію, стигму та сприяють залученню до клінічних послуг. У дослідженні взяли участь 300 ветеранів – результати показали, що peer-підтримка була добре сприйнята як учасниками, так і персоналом; ветерани повідомляли, що вона допомогла в інтеграції до клінічних служб та зменшенні стигми [46]. У ширшому соціальному контексті дослідження показують, що підтримка соціальних структур (наприклад, проживання з іншими ветеранами, міцні сімейні стосунки) корелює із кращим психічним здоров'ям ветеранів.

В Ізраїлі також існує потужний досвід психосоціального супроводу: ізраїльські практики включають реабілітаційні програми, психологічні центри та соціальні ініціативи, які активно працюють над інтеграцією ветеранів у цивільне життя та підтримкою їхнього психічного здоров'я. (Конкретна статистика доступна менш широко, але практика визнана однією з передових у регіоні) [24]

Міжнародні підходи часто спираються на такі ключові принципи, які дозволяють максимально ефективно адаптувати програми під потреби конкретного ветерана та забезпечити комплексний вплив на його психологічний та соціальний стан.

Індивідуалізація передбачає, що кожна програма адаптується під унікальні потреби ветерана, зважаючи на його клінічний діагноз, ступінь

тяжкості посттравматичних реакцій, соціальне становище, професійний досвід та особисті життєві цілі. Це дозволяє розробляти персоналізовані плани реабілітації, визначати оптимальні методи психотерапії та рівень соціальної підтримки, а також встановлювати конкретні коротко- та довгострокові цілі, які сприяють поступовій реінтеграції в суспільство. Дослідження, опубліковані в Journal of Veterans Studies, підтверджують, що індивідуальний підхід підвищує мотивацію ветеранів до участі у програмі, зменшує ризик відмови від лікування та сприяє більш стійким позитивним змінам у психоемоційному стані [75].

Групова робота та peer – підтримка є ще одним центральним елементом міжнародних програм. Ветерани, які проходять реабілітацію у групах із іншими колишніми військовослужбовцями, мають змогу ділитися власним досвідом, отримувати емоційну підтримку та навчатися адаптаційним стратегіям. Peer-підтримка сприяє зниженню відчуття ізоляції, розвінчує внутрішню та суспільну стигму щодо психологічних проблем і підвищує довіру до терапевтичного процесу. Дослідження Combat Stress та інших організацій показують, що ветерани, які беруть участь у груповій роботі з колегами, значно активніше залучаються до клінічних втручань і демонструють кращі показники соціальної інтеграції [6].

Міждисциплінарний підхід забезпечує комплексну підтримку, залучаючи психологів, психіатрів, соціальних працівників, кейс-менеджерів, фізіотерапевтів та інших фахівців. Така інтеграція дозволяє одночасно працювати над різними аспектами адаптації ветерана: психоемоційним станом, фізичним здоров’ям, соціальними навичками, професійною орієнтацією та життєвою самостійністю. Міждисциплінарні команди також координують індивідуальні плани реабілітації, забезпечують регулярний моніторинг прогресу та коригують втручання відповідно до поточних потреб ветерана. Такий підхід не лише підвищує ефективність реабілітації, а й допомагає запобігти повторним кризовим ситуаціям та рецидивам психотравматичних проявів, що підтверджується численними міжнародними дослідженнями та звітами організацій, які працюють з ветеранами.

Оцінка ефективності міжнародних програм психосоціальної підтримки ветеранів підтверджує, що системне впровадження індивідуалізованих, групових і міждисциплінарних підходів здатне значно покращувати різні аспекти життя ветеранів. Наприклад, згідно з оглядом peer підтримки, який охопив 101 публікацію з шести країн, програми попереджувальної peer підтримки демонструють потенціал позитивного впливу на благополуччя ветеранів у кількох сферах, включаючи фізичне та психічне здоров'я, розвиток життєвих навичок, а також соціальну інтеграцію. Дослідження показують, що взаємодія між ветеранами, які мають подібний досвід, сприяє не лише зниженню почуття ізоляції та стигми, але й мотивує учасників до активнішої участі у подальших терапевтичних програмах та клінічних втручаннях.

Результати програми Warrior Care Network у США демонструють значне зниження симптомів посттравматичного стресового розладу та депресії серед учасників. Середній показник ПТСР зменшився з приблизно 51 до 31,7 після проходження інтенсивного лікування, що свідчить про високу ефективність комплексної амбулаторної терапії, яка поєднує клінічні інтервенції та соціальну підтримку. Аналогічно, досвід Великої Британії підтверджує, що peer підтримка виступає своєрідним «мостом» до залучення ветеранів у клінічні послуги, дозволяючи знизити бар'єри, пов'язані з внутрішньою та суспільною стигмою, а також сприяє зміцненню соціальних контактів і підвищенню відчуття належності до спільноти. Загалом, численні міжнародні дослідження та публікації свідчать, що поєднання індивідуальної роботи, групової підтримки та міждисциплінарного підходу створює синергетичний ефект, який суттєво підвищує успішність психосоціальної реабілітації ветеранів та їхню здатність до адаптації в цивільному житті [74].

Крім того, в міжнародній практиці використовуються інноваційні технологічні рішення. Наприклад, онлайн-психотерапія з елементами когнітивно-поведінкової терапії (наприклад, програма VetsPrevail) чи віртуальна реальність (VR) для експозиційної терапії ПТСР через програму

SoldierStrong / BraveMind. Серед механізмів – групова онлайн-підтримка, цифрові платформи та VR-технології, які полегшують доступ до допомоги [25].

В Україні розвиток психосоціальних ініціатив для ветеранів значно прискорився, особливо після повномасштабного вторгнення. Міністерство у справах ветеранів (Мінветеранів) забезпечує системну психологічну підтримку: ветерани мають право на безоплатну психологічну реабілітацію, що здійснюється у різних форматах – стаціонарно, амбулаторно, дистанційно та через виїзні служби [76].

Особливо важливим є проєкт Гаряча лінія кризової підтримки Українського ветеранського фонду (УВФ), який реалізується за підтримки Міністерства у справах ветеранів. За номером телефону ветерани, їхні сім'ї та близькі можуть безкоштовно звертатися до кваліфікованих психологів цілодобово. Лінія надає оперативну психологічну допомогу у кризових ситуаціях, включно з випадками гострого стресу, емоційного вигорання, суїцидальних думок, конфліктів у сім'ї або проблем із соціальною адаптацією. Фахівці гарячої лінії проходять спеціальне навчання з кризової допомоги, психотерапії та методів психологічної підтримки, що дозволяє ефективно реагувати на різні види психологічних труднощів. Крім індивідуальних консультацій, лінія організовує тематичні групи підтримки та онлайн-сесії, які допомагають ветеранам обмінюватися досвідом, знижувати відчуття ізоляції та розвивати навички емоційної саморегуляції. За даними звітів УВФ, більшість звернень стосуються питань подолання тривожності, посттравматичних симптомів, відновлення міжособистісних стосунків і соціальної інтеграції, що свідчить про значущість і ефективність цієї послуги у сучасному українському контексті [71].

Досвід України акцентує на швидкій психосоціальній реабілітації через ветеран-хаби та центри підтримки, що працюють за принципом «рівний – рівному», залучаючи побратимів-ветеранів та членів сімей для подолання розриву між фронтом і цивільним життям [73].

Ще одним важливим компонентом є Програма реінтеграції ветеранів «Veterans Reintegration» (IREX) – дослідницька й практична ініціатива, яка виявляє потреби ветеранів і розвиває моделі підтримки. У рамках цього проєкту IREX спільно з Veteran Hub провели масштабне дослідження (опитування, інтерв'ю), яке виявило бар'єри для доступу до державних і соціальних сервісів ветеранів. За даними аналітичного звіту IREX (2024), програма надала понад 12,2 тис. консультацій, мобільні послуги були надані для ~1,8 тис. ветеранів, а психологічну підтримку отримали десятки тисяч осіб. Крім того, IREX працює над професійною інтеграцією ветеранів – проводить тренінги, надає гранти громадським організаціям, що підтримують ветеранів (креативні програми, арт-терапія, працевлаштування) [54].

Міжнародні та українські організації, зокрема IOM (Міжнародна організація з міграції), також активно залучені до психосоціальної підтримки ветеранів. За даними останнього огляду IOM, у 2023 році було надано індивідуальну та групову MHPSS-допомогу цільово для ветеранів і їхніх сімей, з можливістю онлайн-сеансів та телефонного консультування. IOM також тренує місцевих спеціалістів (психологів, соціальних працівників) для роботи саме з ветеранами та розробляє спільні моделі підтримки, що інтегрують ментальне здоров'я та соціальну реінтеграцію [3].

Право ветеранів на психологічну реабілітацію закріплено законодавчо: відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», ветерани та члени їхніх родин мають право на безоплатну психологічну допомогу, реабілітаційні послуги та соціальну підтримку [53]. Ці норми включають можливість отримання індивідуальних та групових консультацій, участі у психотерапевтичних програмах, навчанні життєвим і соціальним навичкам після служби. На регіональному рівні такі послуги надаються через місцеві реабілітаційні центри, де ветерани можуть отримати комплексну підтримку, що включає психологічну діагностику, психотерапевтичні сеанси, а також соціальну та медико-психологічну адаптацію до мирного життя.

Крім цього, на законодавчому рівні передбачено координацію дій державних органів та громадських організацій для забезпечення доступності психологічних послуг. Наприклад, Мінветеранів спільно з обласними центрами соціальних служб організовує програми психологічної підтримки, гарячі лінії та виїзні консультативні групи, що охоплюють ветеранів у віддалених населених пунктах. Такі заходи забезпечують своєчасне виявлення потреб, раннє втручання у кризові ситуації та сприяють відновленню психоемоційного стану ветеранів, їхній соціальній інтеграції та підвищенню якості життя після повернення з фронту.

Щодо ефективності: за даними досліджень, психологічна підтримка є однією з найгостріших потреб ветеранів. У доповіді IOM «Veterans» Reintegration in Ukraine» 75 % опитаних ветеранів заявили, що їм необхідна психологічна допомога після завершення служби, а 22 % повідомили про сильний емоційний стрес під час переходу до цивільного життя. Опитування також виявило, що значна частина ветеранів відчуває труднощі з адаптацією до цивільного ритму, включно з пошуком роботи, відновленням соціальних контактів та управлінням емоційними станами. Крім того, дослідження підкреслює, що системна психологічна підтримка, включно з кризовими гарячими лініями, групами peer-підтримки та індивідуальними консультаціями, суттєво зменшує рівень тривожності, депресивних симптомів та почуття ізоляції, сприяє відновленню життєвих цілей та підвищує ефективність соціальної інтеграції [69]. Результати показують, що своєчасне і комплексне втручання здатне істотно покращити психоемоційний стан ветеранів і зміцнити їхню здатність адаптуватися до цивільного життя.

Аналіз міжнародного досвіду психосоціальної реабілітації військовослужбовців демонструє, що ефективні програми поєднують індивідуалізований підхід, групову роботу та міждисциплінарне залучення фахівців. Ключові принципи – адаптація під конкретні потреби ветерана, використання peer-підтримки, комплексне залучення психологів, психіатрів, соціальних працівників і кейс-менеджерів – дозволяють забезпечити всебічну

допомогу, підвищити мотивацію ветеранів до участі у реабілітаційних заходах та сприяють їхній соціальній інтеграції. Дослідження показують, що peer-групи та соціальна підтримка значно зменшують стигму, ізоляцію та підвищують ефективність лікування ПТСР і депресивних станів.

Адаптація цих принципів до українського контексту передбачає врахування наявних ресурсів, специфіки війни та культурних особливостей суспільства. Державні та громадські ініціативи в Україні, зокрема гарячі лінії, програми IREX Veterans Reintegration та соціальні служби Мінветеранів, демонструють позитивний вплив на психоемоційний стан ветеранів і їхню соціальну інтеграцію. Кращі міжнародні практики можна ефективно застосовувати в Україні шляхом розширення групової та peer-підтримки, інтеграції міждисциплінарних команд, використання інноваційних технологій (онлайн-консультацій, VR-терапії), а також системного моніторингу результатів програм, що дозволить підвищити їхню доступність, ефективність та стійкість до викликів сучасного суспільства.

Отже, психосоціальна реабілітація військовослужбовців у міжнародній практиці охоплює комплексні програми, що поєднують індивідуальну терапію, групову підтримку та міждисциплінарне залучення фахівців. Основні принципи таких програм – індивідуалізація, peer підтримка та комплексний підхід із залученням психологів, психіатрів, соціальних працівників і кейс-менеджерів – дозволяють ефективно адаптувати втручання під потреби конкретного ветерана, зменшити стигму та ізоляцію, підвищити мотивацію до участі у реабілітаційних заходах та сприяти соціальній інтеграції. У міжнародній практиці значну увагу приділяють оцінці ефективності через дослідження змін психоемоційного стану ветеранів, зниження симптомів ПТСР і депресії, а також покращення життєвих та соціальних навичок.

Аналіз українського досвіду показує, що державні та громадські ініціативи, зокрема Мінветеранів, УВФ, програма IREX Veterans Reintegration та кризові гарячі лінії, успішно адаптують міжнародні

принципи психосоціальної підтримки до національного контексту. Ключовими аспектами ефективності є доступність послуг, комплексність підтримки, активне залучення peer груп та міждисциплінарних команд, а також використання інноваційних технологій (онлайн-консультації, VR-терапія). Таке поєднання дозволяє своєчасно реагувати на психоемоційні потреби ветеранів, знижувати рівень тривожності та депресії, зміцнювати соціальну інтеграцію та забезпечувати стійку адаптацію до цивільного життя.

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ

2.1 Довіра та відкритість у відносинах «ветеран – психолог» як основа ефективної допомоги

Ефективність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою залежить від якості взаємодії між спеціалістом і самим ветераном, адже саме терапевтичні стосунки стають основою для відновлення психологічної рівноваги та повернення довіри до світу. Після пережитих бойових подій багато військових демонструють підвищену настороженість, труднощі у відкритому самовираженні, а інколи – недовіру до будь-яких інституцій, що ускладнює початок і перебіг допомоги. Тому формування атмосфери безпеки, поваги, прийняття та партнерства є ключовим завданням психолога, адже без достатнього рівня довіри та готовності ветерана до відкритості неможливо забезпечити глибоке пропрацювання травматичного досвіду й досягнення позитивних результатів підтримки.

Терапевтичний альянс у роботі з ветеранами є фундаментом будь-якої психосоціальної підтримки, оскільки саме він визначає готовність людини відкриватися, співпрацювати та приймати допомогу. Довіра виступає центральним елементом альянсу й означає впевненість ветерана, що психолог не завдасть шкоди, не знецінить його досвід і не зрадить отриману інформацію. Для людини, яка пережила бойові ситуації, довіра не є автоматичною реакцією – вона потребує часу, стабільності та послідовності з боку фахівця. Втрата довіри в минулому, травматичний досвід або почуття небезпеки можуть суттєво ускладнювати її формування, тому саме побудова довірливої атмосфери стає першим кроком у взаємодії [7].

Не менш важливим компонентом є психологічна безпека, що забезпечує внутрішню готовність ветерана говорити про складні переживання без страху бути осудженим, неправильно зрозумілим чи примусово скерованим до небажаних дій. Психолог створює безпечний простір через послідовність, передбачуваність і чіткі межі взаємодії. Для ветеранів, які тривалий час перебували у стані підвищеної бойової готовності, здатність розслабитись і дозволити собі бути вразливими є значним викликом. Тому відчуття безпеки – це не лише емоційний комфорт, а також відновлення базового відчуття контролю над ситуацією [60].

Третім ключовим елементом терапевтичного альянсу є партнерство, тобто рівноправна співпраця між ветераном і психологом у визначенні проблем, цілей та шляхів їх вирішення. Важливо, щоб ветеран відчував себе активним учасником процесу, а не пасивним отримувачем допомоги. Партнерські взаємини допомагають подолати внутрішній опір і зміцнюють мотивацію до роботи над собою [55]. Для багатьох військовослужбовців це дає змогу повернути почуття компетентності, особистої сили та здатності впливати на власне життя, що нерідко втрачається після бойових подій.

Сформований терапевтичний альянс створює основу, яка дозволяє поступово переходити до глибшого опрацювання емоційних травм, поведінкових реакцій та труднощів адаптації. Коли довіра, безпека та партнерство стабільно підтримуються у взаємодії, ветеран може відчувати, що його досвід визнається, а труднощі – зрозумілі й прийняті без осуду. Саме тому сильний терапевтичний альянс вважається одним із найпотужніших предикторів ефективності психосоціальної підтримки, незалежно від методів чи технік, які застосовує фахівець.

На формування довіри впливає широкий спектр чинників, що можуть як підтримувати, так і ускладнювати побудову відкритих стосунків між ветераном і психологом. Одним із ключових бар’єрів є бойовий досвід, який формує підвищений рівень пильності та настороженості. У ситуаціях, де ризик був постійним і реальним, автоматизується патерн недовіри до нових

людей та середовищ. Тому перші зустрічі з психологом нерідко супроводжуються емоційною стриманістю, обмеженням особистих розповідей та спробами контролювати хід взаємодії.

Додатковим бар'єром виступає недовіра до системи й державних інституцій. Частина ветеранів має досвід бюрократичних труднощів, нерозуміння або нестачі підтримки з боку служб, що знижує готовність звертатися до фахівців. Стигма щодо психологічної допомоги також відіграє важливу роль: багато військових сприймають звернення по допомогу як ознаку слабкості або «нездатності впоратися самостійно», що посилює опір і формує дистанцію у стосунках з психологом.

Серйозним фактором ризику є попередній негативний досвід терапії або взаємодії з фахівцями, який може сформувати узагальнене уявлення, що «психологи не допомагають», «не здатні зрозуміти військового» або «будуть оцінювати». Такі переконання слугують додатковим захисним механізмом, спрямованим на уникнення нових розчарувань. В окремих випадках травматичний досвід призводить до проявів агресивності або різкості у спілкуванні, що виконує функцію психологічного щита, покликаного не допустити повторної вразливості [48].

Водночас існують і чинники, які сприяють встановленню довіри. Першочергова роль належить послідовності дій психолога, передбачуваності його реакцій та стабільності поведінки. Ветеранам важливо відчувати, що фахівець є надійним, стриманим та професійним, не робить різких оцінок і не порушує меж. Надзвичайно значущим є стиль комунікації: відкритість, чесність, відсутність патерналізму, повага до досвіду ветерана та визнання його компетентності у власному житті.

Ще одним сприятливим чинником є здатність психолога демонструвати щиру зацікавленість і готовність приймати будь-які реакції клієнта без осуду. Коли ветеран переконується, що фахівець не применшує його переживань, не романтизує бойовий досвід і не ставиться зверхньо, формується позитивний емоційний фон і поступово знижується напруга.

Саме ця початкова емоційна стабілізація відкриває можливість перейти до глибшої психологічної роботи, адже людина починає відчувати себе почутою, зрозумілою та прийнятою.

Особливе значення у формуванні емоційної безпеки мають емпатія, прийняття та конфіденційність як базові елементи професійної взаємодії. Емпатія виступає не лише емоційною чутливістю, а й здатністю психолога усвідомлено розуміти переживання ветерана та відображати це розуміння у відповідях, інтонації, поведінці. Для людини, яка пережила бойовий досвід, така емпатійна присутність стає доказом того, що її почуття не применшуються і не заперечуються.

Емпатійне ставлення знижує відчуття ізоляції, яке часто супроводжує ветеранів після повернення до мирного життя. У багатьох з них виникає переконання, що «ніхто не може зрозуміти, через що я пройшов». Тому прояв щирого розуміння з боку фахівця значно посилює відчуття психологічної підтримки й стимулює відкритість у спілкуванні. Саме завдяки емпатії зменшується напруга, з’являється готовність говорити про найважчі та найвразливіші моменти власного досвіду [35].

Не менш важливим є безумовне прийняття клієнта. Ветерани часто стикаються з внутрішнім осудом – за власні реакції у бою, за емоції, які здаються їм «слабкістю», за труднощі адаптації після повернення. Прийняття з боку психолога допомагає зняти ці переживання, оскільки показує, що будь-які емоції ветерана мають право на існування. Це створює простір, у якому людина відчуває себе не оціненою, а підтриманою, що є критично важливим для подолання почуття провини та сорому.

Ключову роль у почутті безпеки відіграє конфіденційність. Для багатьох ветеранів відкритість пов’язана з ризиком: розкриття особистих переживань може сприйматися як втрата контролю. Чітке пояснення психологом меж конфіденційності та неухильне дотримання професійної етики створюють умови, в яких ветеран може говорити чесно й відкрито. Упевненість, що інформація не буде передана командуванню, близьким чи

іншим структурам без згоди, суттєво знижує страх осуду або потенційних негативних наслідків.

Поєднання емпатії, прийняття та конфіденційності забезпечує відчуття повної психологічної безпеки – стану, у якому ветеран більше не сприймає взаємодію як загрозливу. Саме в таких умовах можливе виникнення глибшого контакту, зниження захисних реакцій, формування готовності працювати зі своїми переживаннями та розглядати нові способи адаптації. Таким чином, ці три компоненти не просто полегшують комунікацію, а й є фундаментом, на якому вибудовується ефективний терапевтичний процес.

Специфіка роботи з ветеранами вимагає глибокого розуміння характерних особливостей їхнього післябойового досвіду. Однією з ключових характеристик є підвищена пильність – постійне сканування оточення на предмет потенційної небезпеки. Це не патологія, а сформований у бойових умовах механізм виживання, який зберігається й після повернення в мирне середовище [13]. Тому психологові важливо проявляти передбачуваність, уникати різких рухів, змін у темі розмови або зовнішніх умов. Будь-яка непослідовність може активувати оборонні реакції ветерана та знизити рівень довіри.

Ще однією характерною особливістю є гостра потреба у контролі над ситуацією. У бойових умовах контроль був пов’язаний із безпекою, тому його втрата навіть у мирних ситуаціях може викликати тривогу, дратівливість або відстороненість. Психолог має враховувати це й забезпечувати клієнтові можливість впливати на темп і зміст терапевтичного процесу: пропонувати варіанти, пояснювати, запитувати про реакції, погоджувати правила взаємодії. Такий підхід знижує напругу та формує відчуття автономії, що є критично важливим для ветеранів.

Окремо слід зазначити підвищену чутливість ветеранів до загроз – як реальних, так і потенційних. Невинні з погляду пересічної людини стимули можуть сприйматися ними як небезпечні: гучні звуки, зміна інтонації, збільшення дистанції або навпаки – надмірне наближення. Психолог має

враховувати це у поведінці, голосі, положенні тіла, розташуванні у приміщенні. Створення передбачуваного, контрольованого середовища допомагає уникнути тригерів та підтримує стабільний емоційний стан клієнта.

Агресивні реакції ветерана нерідко є не проявом ворожості, а формою захисного механізму. У воєнних умовах агресія була способом реагування на загрозу; в мирних умовах вона може активуватися рефлекторно, коли особа відчуває тиск, нерозуміння або вторгнення у внутрішній простір [32]. Завдання психолога – не сприймати такі реакції особисто і не намагатися їх «зламати», а бачити за ними страх, біль або потребу в контролі. Такий підхід сприяє формуванню безпеки та довіри.

Важливою умовою є чітке структурування роботи. Психологові необхідно пояснювати, що буде відбуватися на сесії, які методи застосовуються, навіщо вони потрібні та чого очікувати. Непрозорість або нечіткість дій може сприйматися ветераном як прихована загроза. У свою чергу, ясність і прозорість процедур знижують рівень тривоги та дозволяють клієнтові поступово розслабитися й відкриватися. Це особливо важливо на початкових етапах взаємодії.

Стабільність психолога – ще один ключовий аспект ефективної роботи. Ветерани з бойовим досвідом часто мають негативний досвід зустрічей із «некомпетентними» чи «непередбачуваними» фахівцями. Тому психологові важливо демонструвати емоційну стійкість, витримку та передбачувану поведінку. Надмірно емоційні реакції, різкі зміни настрою або позиції можуть викликати у клієнта відчуття небезпеки або розчарування, що підриває терапевтичний процес.

Не менш важливо працювати з темою меж. Психолог має встановлювати й підтримувати професійні, чіткі та здорові межі взаємодії. Для ветеранів, що пережили порушення особистих кордонів у бойових умовах, межі виступають структурою, яка відновлює внутрішній порядок і стабільність. Коли межі є послідовними та зрозумілими, це підвищує відчуття контролю і безпеки.

Нарешті, ефективність роботи з ветеранами значною мірою залежить від здатності психолога не конфронтувати із захисними реакціями клієнта, а м’яко інтегрувати їх у процес взаємодії. Ігнорування або критика цих реакцій може викликати закритість або припинення контакту. Натомість прийняття їх як природної частини досвіду допомагає ветерану поступово знижувати оборонність і переходити до глибшої роботи над власним станом. Саме така делікатність і гнучкість забезпечують поступове формування довіри та відкритості – ключових умов ефективної психосоціальної підтримки.

Довіра та відкритість є ключовими чинниками ефективної психосоціальної підтримки ветеранів. Вони створюють основу для безпечного середовища, де учасник може щиро ділитися своїми переживаннями, емоціями та проблемами, не побоюючись оцінки чи осуду. Саме відчуття безпеки дозволяє розкритися і почати процес реальної психологічної роботи.

Коли довіра сформована, ветерани проявляють більшу прихильність до терапії. Вони регулярно відвідують сесії, виконують рекомендації фахівців та активно беруть участь у заходах підтримки. Відкритість у спілкуванні сприяє глибшому розумінню власних проблем і дозволяє фахівцям точніше визначати потреби та підбирати оптимальні методи втручання [36].

Довіра та відкритість допомагають ефективно працювати із травматичними спогадами. Ветеран, який відчуває підтримку та розуміння, легше ділиться важкими переживаннями, що дозволяє психотерапевтам застосовувати методики психообробки травми, зменшувати симптоми ПТСР і сприяти емоційній стабілізації.

У групових та peer-підтримуючих програмах довіра між учасниками також є критичною. Відкритість дозволяє ветеранам ділитися досвідом, обмінюватися стратегіями подолання стресу та підтримувати один одного. Це зменшує відчуття ізоляції та стигми, сприяє соціальній інтеграції та підвищує мотивацію до подальшого залучення у програми підтримки.

Відсутність довіри та відкритості робить психосоціальну підтримку формальною і неефективною. Ветерани можуть поверхнево відвідувати сесії або уникати обговорення складних тем, що значно знижує результативність втручань і уповільнює процес адаптації до цивільного життя.

Формування довіри та відкритості потребує часу, послідовності та професіоналізму з боку фахівців. Важливо демонструвати емпатію, повагу, конфіденційність та стабільність у діях [42]. Навіть дрібні порушення, наприклад непунктуальність або неуважність, можуть зруйнувати взаємну довіру і призвести до втрати мотивації ветерана.

Довіра і відкритість підвищують готовність ветеранів приймати нові знання та рекомендації. Вони легше сприймають техніки управління стресом, навчаються новим життєвим та соціальним навичкам і активно застосовують отримані знання у повсякденному житті, що прискорює адаптацію та реінтеграцію.

Ці фактори також відіграють важливу роль у кризових ситуаціях. Ветерани, які довіряють фахівцю та відкрито повідомляють про свій стан, швидше отримують необхідну допомогу, що знижує ризик загострення психотравматичних проявів, депресії чи суїцидальних думок.

Довіра та відкритість стимулюють довготривалі позитивні зміни. Вони формують мотивацію до саморозвитку, сприяють відновленню соціальних контактів і зміцнюють психологічну стійкість, що робить психосоціальну підтримку більш ефективною та результативною.

Отже, довіра та відкритість є не лише супровідними елементами психосоціальної роботи, а й вирішальними детермінантами її успішності. Їх наявність визначає глибину та тривалість терапевтичного процесу, дозволяє досягати сталих результатів у відновленні психоемоційного стану ветеранів та забезпечує їхню успішну соціальну інтеграцію.

Неправильне формування довіри або порушення конфіденційності може мати значний зворотний ефект у психосоціальній роботі з ветеранами. Якщо ветеран відчує, що психолог не дотримується домовленостей, не

поважає меж або розкриває інформацію без згоди, він може закритися, відмовитися від подальших зустрічей або проявляти агресивну чи оборонну поведінку. Такі ситуації значно знижують ефективність терапевтичного процесу і уповільнюють адаптацію ветерана до мирного життя.

До ключових психологічних бар'єрів, які може зустріти фахівець, належать:

- підвищена настороженість і пильність – сформовані бойовим досвідом автоматичні механізми оцінки ризику у будь-якій взаємодії;
- недовіра до системи та інституцій – негативний досвід у спілкуванні з державними або соціальними структурами;
- стигма щодо психотерапії – переконання, що звернення по допомогу є ознакою слабкості;
- попередній негативний досвід терапії – сформоване уявлення, що психологи не здатні зрозуміти або допомогти;
- захисні механізми – агресія, сарказм, дистанціювання або уникання тем, що можуть бути інтерпретовані як небажання співпрацювати [13].

Подолання цих бар'єрів потребує від психолога високого рівня професіоналізму, послідовності та гнучкості у взаємодії.

Отже, усвідомлення потенційних ризиків і психологічних бар'єрів дозволяє фахівцю системно будувати довіру та відкритість у відносинах «ветеран – психолог». Попередження і мінімізація цих ризиків є важливим для створення безпечного середовища, де ветеран може щиро ділитися переживаннями та ефективно опрацьовувати свій досвід.

Таким чином, довіра та відкритість у відносинах «ветеран – психолог» виступають ключовими чинниками ефективної психосоціальної підтримки. Вони створюють основу для безпечного та партнерського взаємодії, дозволяють поступово долати психологічні бар'єри, активізують готовність ветерана до роботи над власним досвідом і сприяють стабілізації емоційного стану. Усвідомлення потенційних ризиків і складнощів, а також цілеспрямована робота над їх мінімізацією, забезпечують формування

стабільного терапевтичного альянсу, що є вирішальним для досягнення позитивних результатів підтримки, успішної адаптації та соціальної інтеграції

2.2 Індивідуалізований підхід і врахування особистісних особливостей ветерана

Успішність психосоціальної підтримки ветеранів визначається здатністю фахівця враховувати унікальні особливості кожної людини та адаптувати методи роботи до її індивідуальних потреб. Стандартні універсальні програми, що пропонують однакові стратегії для всіх учасників бойових дій, не враховують різноманітність бойового досвіду, особистісних характеристик і соціальних обставин ветеранів, що може знижувати ефективність втручання та викликати опір у процесі взаємодії.

Індивідуальний бойовий досвід формує у ветерана унікальний емоційний та когнітивний контекст, який визначає його сприйняття світу, взаємодію з іншими та способи подолання стресових ситуацій. Кожен військовий проходить через специфічні обставини бойових дій, що відрізняються за інтенсивністю, тривалістю та характером виконуваних завдань. Ці фактори залишають відбиток на психіці, формуючи стійкі патерни поведінки, емоційні реакції та когнітивні установки, які необхідно враховувати під час психосоціальної підтримки.

Тяжкість отриманих травм, як фізичних, так і психологічних, значно впливає на подальшу адаптацію ветерана до мирного життя. Серйозні фізичні поранення часто супроводжуються обмеженнями в побуті та роботі, що підсилює відчуття вразливості й залежності від оточення. Психологічні травми, пов’язані з участю у бойових ситуаціях, можуть проявлятися у вигляді постійної тривожності, підвищеної пильності та схильності до емоційної відстороненості, що ускладнює взаємодію з фахівцями та близькими.

Тривалість служби в бойових умовах визначає накопичення стресових впливів і ступінь психічного навантаження. Ветерани, які тривалий час перебували у зоні конфлікту, частіше зазнають симптомів хронічної втоми, емоційного вигорання та складнощів із регуляцією емоцій. Крім того, довготривале перебування у бойовій готовності формує автоматизовані механізми реагування на загрози, що зберігаються і після повернення до мирного середовища, впливаючи на адаптацію до соціального життя [18].

Характер виконуваних завдань також відіграє важливу роль у формуванні психоемоційного стану ветерана. Військові, які брали участь у безпосередніх бойових операціях, можуть мати більш високий рівень стресової чутливості та схильність до гострих емоційних реакцій, тоді як ті, хто виконував адміністративні або технічні завдання, можуть демонструвати інші типи стресової уразливості. Усвідомлення цих відмінностей дозволяє фахівцю обирати найбільш адекватні методи підтримки та моделювати ефективні втручання.

Ступінь залученості у бойові дії визначає рівень інтенсивності переживань і психологічного навантаження. Ветерани, які брали участь у найбільш ризикованих та небезпечних операціях, частіше стикаються із симптомами посттравматичного стресового розладу, нічними кошмарами, гіпервігілантністю та труднощами у встановленні довіри. Навпаки, військові з менш активною бойовою роллю можуть проявляти відносно м’якші реакції на стрес, але все одно потребують індивідуального підходу у психосоціальній підтримці.

Урахування індивідуального бойового досвіду є важливим для ефективності втручань. Психолог, аналізуючи тяжкість травм, тривалість служби, характер завдань та ступінь участі у бойових операціях, може визначити найбільш відповідні методи взаємодії, врахувати потенційні тригери стресу та адаптувати темп і форму підтримки. Такий підхід сприяє підвищенню довіри ветерана, активізації його ресурсів та ефективнішому опрацюванню емоційних та когнітивних наслідків бойового досвіду.

Особистісні характеристики ветерана є важливим фактором, що визначає ефективність психосоціальної підтримки. Темперамент, як базова риса особистості, впливає на спосіб реагування на стресові ситуації, рівень емоційної активності та здатність адаптуватися до змін. Ветерани з підвищеною чутливістю або схильністю до інтенсивних емоційних реакцій можуть потребувати більш обережного і поступового підходу, тоді як особи з більш стійким або спокійним темпераментом легше долають стресові ситуації і швидше інтегрують отриману допомогу [29].

Спосіб емоційного реагування визначає, як ветеран сприймає втручання психолога та обробляє власні переживання. Деякі військові схильні до внутрішнього переживання емоцій і рідко їх виражають, що може ускладнювати виявлення проблем і роботу з ними. Інші, навпаки, демонструють відкриту емоційну експресію, що дозволяє швидше встановити контакт і підвищує ефективність певних психотерапевтичних технік. Розуміння цих відмінностей дозволяє психологу адаптувати методи комунікації та інтервенції під конкретного клієнта.

Попередній життєвий досвід ветерана, включно з особистісним та соціальним розвитком, формує стратегії подолання труднощів і рівень психологічної стійкості. Досвід успішного подолання стресових ситуацій у минулому може слугувати ресурсом у процесі терапії, тоді як негативний або травматичний досвід може збільшувати опір до змін та поглиблювати недовіру. Психолог, враховуючи життєву історію клієнта, може коригувати темп роботи, обирати безпечні теми для опрацювання та поступово вводити складніші вправи.

Наявність внутрішніх ресурсів та рівень саморегуляції визначають здатність ветерана активно брати участь у терапевтичному процесі. Високий рівень саморегуляції сприяє здатності контролювати емоційні реакції, долати тривогу та виконувати рекомендації психолога. Недостатня внутрішня стабільність вимагає більш підтримуючого, структурованого підходу і використання технік поступового залучення до роботи над собою.

Індивідуальна оцінка цих ресурсів допомагає оптимізувати інтервенції та підвищити їх результативність [39].

Різниця у психоемоційних реакціях пояснює, чому одна і та сама методика може бути ефективною для одних ветеранів і малоефективною або навіть стресовою для інших. Індивідуалізація підходу дозволяє врахувати темперамент, стиль реагування, життєвий досвід та наявні ресурси, забезпечуючи безпечне середовище, підвищену мотивацію до участі та залученість у терапевтичний процес. Такий підхід сприяє не лише адаптації та емоційній стабілізації, а й формуванню довіри та відкритості, що є ключовими умовами ефективної психосоціальної підтримки.

Ветерани відрізняються за соціальними, фізичними та психологічними ознаками, що визначає специфіку їхніх потреб у психосоціальній підтримці. Комбатанти, які безпосередньо брали участь у бойових діях, зазвичай мають інтенсивніший травматичний досвід, підвищену пильність та частіше стикаються з проявами ПТСР. Їхні психоемоційні реакції можуть включати агресивність, труднощі з контролем стресу та гостру потребу у безпечному середовищі для вираження емоцій [2]. Психологічна підтримка таких ветеранів потребує особливої обережності, чіткого структурування сеансів і поступового введення тем, що стосуються травматичного досвіду.

Некомбатанти, які не брали безпосередньої участі у бойових діях, зазвичай мають менш інтенсивний травматичний досвід, проте можуть відчувати стрес через інші фактори служби, наприклад, відповідальність за логістичні чи медичні завдання, втрату колег чи необхідність адаптуватися до постійної небезпеки. Їхні потреби у підтримці можуть зосереджуватися на відновленні соціальної інтеграції, розвитку навичок подолання стресу та профілактиці професійного вигорання. Для психолога важливо відрізняти ці групи, щоб обирати адекватні методи втручання та не застосовувати універсальні програми.

Поранені ветерани мають специфічні потреби, пов’язані з фізичними обмеженнями, болем, медичною реабілітацією та переживанням втрат.

Фізичні травми часто посилюють психологічний дискомфорт, формують відчуття втрати контролю над власним тілом і життям, що може підвищувати тривожність та агресивність. Психологічна підтримка поранених включає роботу зі страхами, адаптацію до нових фізичних умов та розвиток ресурсів для відновлення самостійності й соціальної активності.

Добровольці та мобілізовані військові відрізняються мотивацією та психологічним налаштуванням до служби. Добровольці часто мають високий рівень внутрішньої мотивації та певний психологічний ресурс, що допомагає їм легше адаптуватися до стресових ситуацій, хоча і вони можуть переживати глибокі травми. Мобілізовані можуть відчувати сильніший опір, внутрішню напруженість або почуття несправедливості через примусову службу, що формує специфічні бар'єри у взаємодії з психологом і вимагає більш гнучкого підходу та створення умов для добровільного залучення.

Наявність сім'ї чи соціальної підтримки істотно впливає на психологічний стан ветерана. Військові із сім'єю мають додаткові ресурси для емоційного відновлення, але також можуть переживати тривогу за близьких та відчуття відповідальності. Самотні ветерани часто потребують більш інтенсивної соціальної та психологічної підтримки, відчувають ізоляцію та складнощі з адаптацією. Крім того, попередній психічний стан, наявність супутніх порушень, таких як залежності або травми дитинства, значно впливають на потреби ветерана та вибір оптимальної стратегії підтримки [28]. Індивідуальна оцінка цих чинників дозволяє психологу визначити найбільш ефективний формат роботи – індивідуальний, груповий, сімейний чи дистанційний – і підвищити залученість та результативність підтримки.

Для подолання цих відмінностей необхідне застосування гнучких форматів психосоціальної підтримки. Індивідуальні консультації дозволяють психологу максимально точно врахувати особистісні та бойові особливості ветерана, його рівень тривожності, характер травматичного досвіду та індивідуальні стратегії подолання стресу. Такий формат забезпечує

конфіденційність, можливість глибокого опрацювання переживань та створення безпечного простору для вираження емоцій, що є критично важливим для ветеранів із інтенсивним бойовим досвідом або значними травмами.

Групові заняття та взаємна підтримка надають можливість ветеранам взаємодіяти з однодумцями, обмінюватися досвідом і отримувати соціальну підтримку. Вони сприяють подоланню ізоляції, формують почуття приналежності до спільноти та дозволяють навчатися новим стратегічним підходам до подолання стресових ситуацій. При цьому психолог може моделювати груповий процес так, щоб кожен учасник відчував себе почутим, безпечним і водночас мотивованим до активної участі.

Сімейна робота та дистанційні сесії додають ще більше гнучкості та адаптивності підтримки. Сімейна робота дозволяє враховувати динаміку стосунків, рівень підтримки вдома та навчати близьких ефективним способам допомоги ветерану. Дистанційні сесії, у свою чергу, роблять підтримку доступною для тих, хто не може фізично відвідувати консультації, забезпечують регулярність контактів та дозволяють працювати у комфортному для ветерана середовищі. Поєднання різних форматів підтримки підвищує залученість ветеранів, стимулює активне включення у процес реабілітації та підвищує результативність психосоціальної роботи.

Індивідуалізація втручання дозволяє враховувати унікальні особливості кожного ветерана, що безпосередньо впливає на його готовність до участі у психосоціальній підтримці. Коли методи та формат роботи адаптовані під конкретні потреби, інтереси та психоемоційний стан учасника, він відчуває себе почутим і зрозумілим. Це створює внутрішню мотивацію активно долучатися до процесу, оскільки ветеран бачить, що його переживання враховуються, а допомога є релевантною його власним викликам і ситуаціям.

Також індивідуалізація сприяє залученню ветеранів у процес, адже вони можуть брати участь у виборі тем, темпу роботи та формату взаємодії – індивідуальні консультації, групові заняття, сімейні або дистанційні сесії.

Такий підхід знижує відчуття примусу та формальності, дозволяє ветерану почуватися активним учасником, а не пасивним отримувачем допомоги. Відчуття контролю над процесом і можливість коригувати взаємодію відповідно до власного стану підвищує емоційну готовність до відкритості та сприяє більш глибокій роботі з емоційними та поведінковими реакціями [40].

Наслідком індивідуалізованого підходу є підвищення ефективності психосоціальної підтримки. Він дозволяє психологу обирати найбільш релевантні методики, оперативно реагувати на зміни у стані ветерана та точніше коригувати стратегії втручання. Завдяки цьому ветеран відчуває підтримку, відновлює контроль над власним життям і посилює відчуття особистої компетентності. Такий підхід не лише підвищує результативність роботи, а й стимулює внутрішню мотивацію до саморозвитку та активної участі у реабілітаційних процесах, що є критично важливим для довгострокового відновлення психоемоційного стану.

Таким чином, індивідуалізований підхід є ключовим фактором ефективності психосоціальної підтримки ветеранів. Він дозволяє враховувати унікальний бойовий досвід, особистісні характеристики, психоемоційні реакції та соціальні обставини кожного учасника. Адаптація методів роботи під конкретні потреби ветерана сприяє формуванню безпечного та підтримуючого середовища, підвищує мотивацію до участі, залученість у терапевтичний процес і створює умови для більш глибокої роботи з емоціями та когнітивними стратегіями подолання стресу.

Крім того, індивідуалізація втручання дозволяє психологу оперативно реагувати на зміни у стані ветерана та обирати найбільш релевантні методики підтримки. Гнучке поєднання індивідуальних консультацій, групових занять, сімейної роботи та дистанційних форматів забезпечує комплексну та ефективну реабілітацію, посилює відчуття контролю над власним життям і сприяє відновленню особистої компетентності, що є важливим для довгострокової адаптації та психологічного благополуччя ветеранів.

2.3 Психологічна стійкість та копінг-стратегії як фактор, що підвищує їх здатність скористатися підтримкою і досягти позитивних змін

Психологічна стійкість є одним із ключових внутрішніх ресурсів ветеранів, що визначає їхню здатність долати наслідки бойових дій та ефективно включатися у процес психосоціальної підтримки.

В англомовній психологічній літературі часто вживаються близькі за значенням терміни resilience та hardiness; в україномовній літературі ці терміни перекладаються за допомогою різних концептів.

У сучасній психології термін resilience зазвичай перекладають як стійкість, життєздатність, пружність або еластичність, тоді як поняття hardiness частіше означає витривалість чи життєстійкість. Хоча ці терміни інколи вживають як синоніми, у науковій літературі між ними проводять чітке розмежування. Resilience позначає широку сферу явищ, пов'язаних зі здатністю людини долати стрес і відновлюватися після впливу несприятливих подій, тоді як hardiness описує конкретний механізм такого подолання, що ґрунтується на внутрішній установці протистояти труднощам [80; 81].

Поняття психологічної стійкості почало активно формуватися у світовій науці з 1970-х років. Важливий внесок у його розвиток зробила Еммі Вернер, яка проводила лонгітюдне дослідження дітей, народжених на острові Кауай. Попри складні умови життя, частина дітей змогла вирости психологічно здоровими та соціально адаптованими – саме їх дослідниця назвала resilient, тобто здатними до відновлення. Ці результати зумовили переорієнтацію наукових пошуків: психологів почала цікавити не лише шкода, яку завдають травматичні події, а й те, що допомагає людині залишатися функціональною всупереч труднощам [14].

Українські науковці також активно розробляють це поняття. Зокрема, В. Климчук визначає психологічну стійкість як процес успішної адаптації

людини в умовах значного стресу, потрясінь або життєвих загроз. На його думку, стійкість – це не надзвичайне явище, притаманне поодиноким людям, а властивість, яка природно притаманна більшості, і яка особливо яскраво проявляється в умовах кризових ситуацій, включаючи бойові конфлікти [23].

За Л. Плякою, психологічна стійкість (резилентність) – це здатність ефективно долати життєві труднощі та стресові ситуації, підтримувати емоційний баланс, налагоджувати та зберігати здорові міжособистісні стосунки, формувати плани та послідовно їх реалізовувати. Вона забезпечує не лише адаптацію до несприятливих змін, але й здатність знаходити у них можливості для розвитку, активно реагувати на виклики та використовувати власні ресурси для подолання перешкод, що робить людину більш відкритою, енергійною та здатною ефективно протистояти стресу і кризовим ситуаціям [48].

Сучасні підходи підкреслюють, що *стійкість* є описовим поняттям, яке фіксує здатність людини швидко оговтуватися від труднощів, зберігати внутрішню рівновагу та ефективність дій у стресових ситуаціях. Бути стійким не означає не відчувати болю, страху чи розгубленості – навпаки, переживання складних емоцій є невід'ємною частиною досвіду. Проте стійка людина здатна поступово відновити функціонування і повернутися до активної життєдіяльності.

Важливо, що психологічна стійкість не є вродженою рисою. Її розглядають як динамічний процес, який формується протягом життя і включає певні моделі мислення, поведінкові стратегії та навички саморегуляції. Вважається, що цей процес підтримується низкою особистісних та середовищних чинників, таких як наявність соціальної підтримки, здатність реалістично планувати, позитивне уявлення про власні можливості, уміння контролювати емоції та долати імпульсивні реакції [79].

Таким чином, поняття психологічна стійкість охоплює як здатність витримувати сильні стресові навантаження, так і вміння залишатися ефективним у складних життєвих умовах. Воно описує не лише результат

адаптації, а й процес його досягнення – здатність набувати нової рівноваги, відновлювати внутрішні ресурси або виходити на вищий рівень функціонування після кризових ситуацій.

Для військовослужбовців поняття психологічної стійкості має виняткове значення, оскільки бойовий досвід пов’язаний із постійною загрозою життю, високим рівнем невизначеності, втратою побратимів, фізичним перенавантаженням та тривалим перебуванням у стані бойової готовності [35 У таких екстремальних умовах людина змушена мобілізувати всі доступні внутрішні ресурси, щоб діяти ефективно та приймати рішення, що нерідко визначають життя інших. Тому здатність швидко відновлювати емоційну рівновагу, адаптуватися до змін, пов’язаних із бойовою ситуацією, та підтримувати мінімально стабільний стан функціонування стає одним з ключових чинників виживання. Саме тому стійкість у ветеранів часто проявляється ще під час служби – у вмінні діяти попри страх, втому й хаос, концентруватися на завданнях і зберігати контроль у складних умовах [4].

Після повернення до мирного життя психологічна стійкість продовжує бути визначальним фактором, але з іншими акцентами. Ветеранові необхідно не лише відновити емоційні та фізичні ресурси, але й переорієнтуватися на нові соціальні ролі, адаптувати свої бойові навички до цивільного середовища, подолати наслідки травматичного досвіду та вибудувати нові життєві цілі. У цей період психологічна стійкість проявляється як здатність поступово інтегрувати травматичний досвід у власну біографію, не втрачаючи відчуття особистої цінності, компетентності та контролю над життям. Оскільки адаптація після війни є тривалим і ще більш складним процесом, ніж функціонування в зоні бойових дій, психологічна стійкість стає базовим механізмом, що визначає, наскільки ефективно ветеран зможе скористатися психосоціальною підтримкою, взаємодіяти з фахівцями та відновлюватися на шляху до повноцінного цивільного життя [20].

Структура психологічної стійкості містить кілька ключових компонентів, які забезпечують внутрішню здатність людини адаптуватися до

стресу. Одним із базових елементів є саморегуляція – уміння керувати власними емоціями, поведінкою та фізіологічними реакціями [26]. Для ветеранів це надзвичайно важливо, оскільки їхній досвід часто супроводжується підвищеною збудливістю, труднощами у контролі імпульсивних реакцій та емоційною нестабільністю. Розвинена саморегуляція дозволяє знижувати інтенсивність негативних переживань і поступово відновлювати внутрішню рівновагу.

Не менш значущою є когнітивна гнучкість, яка відображає здатність людини змінювати власні уявлення про події, переосмислювати травматичний досвід і знаходити нові способи реагування на труднощі [67]. У контексті ветеранів когнітивна гнучкість допомагає формувати здоровіші інтерпретації воєнного досвіду, зменшувати самозвинувачення, переборювати катастрофізацію та адаптуватися до нових ролей у цивільному житті. Вона виступає механізмом, який забезпечує можливість переходу від травматичних спогадів до конструктивного бачення майбутнього.

Важливою складовою структури психологічної стійкості є соціальна підтримка. Доступ до розуміння, прийняття та допомоги з боку родини, побратимів, спільнот і фахівців створює відчуття приналежності та зменшує ризик ізоляції [62]. Для ветеранів це дуже важливо, адже після повернення з війни саме брак підтримки нерідко стає чинником посилення тривоги, депресії чи соціального відчуження. Соціальні зв’язки виконують функцію зовнішнього ресурсу, що підсилює внутрішні можливості до подолання травматичних наслідків.

Останнім важливим компонентом є здатність до відновлення, яка проявляється у поступовому поверненні людини до звичного рівня функціонування після стресу або травми. Це не лише швидкість адаптації, а й здатність розбудовувати нові життєві стратегії, долати наслідки криз та зберігати внутрішню цілісність [36; 40]. У ветеранів цей процес часто ускладнений тяжкими переживаннями, однак при наявності внутрішніх ресурсів та підтримки вони здатні відновлювати життєві ролі, формувати нові цілі та поступово вибудовувати ефективне життя після війни.

Важливим аспектом адаптації ветеранів до мирного життя є копінг-стратегії – індивідуальні способи реагування на стресові ситуації, що визначають, як саме людина переживає труднощі та взаємодіє з оточенням. Для ветеранів, які повертаються з війни, копінг-поведінка стає одним із ключових факторів, що або полегшує, або ускладнює їхнє відновлення. Адекватно обрані стратегії сприяють стабілізації емоційного стану, мобілізації ресурсів та активному включенню в процес психологічної допомоги.

Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії спрямовані на активне подолання труднощів: постановку реалістичних цілей, пошук інформації, планування дій та залучення необхідних ресурсів – як внутрішніх, так і зовнішніх. Ветерани, які використовують такі стратегії, частіше демонструють активну позицію щодо власного відновлення, прагнуть зрозуміти механізми своїх реакцій та готові змінювати поведінку. Вони краще взаємодіють із фахівцями, відчувають більший контроль над власним життям та швидше просуваються шляхом реабілітації [11].

Емоційно-орієнтовані копінги зосереджені на регуляції внутрішніх переживань. Вони включають вираження почуттів, пошук підтримки, зниження напруги та стабілізацію емоційного стану. Для ветеранів такі стратегії часто є першим кроком на шляху до відновлення, оскільки допомагають зменшити гостроту болісних переживань. Проте важливо, щоб ці стратегії не ставали єдиним способом реагування, адже надмірне занурення в емоції може затримувати процес адаптації.

Дисфункційні копінг-стратегії, навпаки, пов’язані з уникненням проблем, агресивними реакціями або вживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин. Такі реакції можуть тимчасово зменшувати напругу, але в довгостроковій перспективі спричиняють поглиблення психологічних труднощів [5]. Ветерани, які користуються такими механізмами, часто уникають зустрічей із психологом, переривають терапію, не визнають наявних проблем або схильні до саморуйнівної поведінки. Це вимагає

особливо делікатного підходу та додаткової мотиваційної роботи з боку фахівця.

Рівень психологічної стійкості безпосередньо впливає на те, наскільки ветеран готовий приймати допомогу та включатися в терапевтичні процеси. Особам із високим рівнем стійкості легше встановлювати довірливі стосунки з фахівцем, вони проявляють активність, наполегливість і стабільність у роботі над собою. Вони здатні визнавати труднощі та бачити можливість змін, що значно підвищує ефективність психосоціальної підтримки.

Низький рівень психологічної стійкості, навпаки, може проявлятися у відчутті безвиході, недовірі до спеціалістів, униканні контакту чи швидкому виснаженні під час терапії. Такі ветерани нерідко відчувають внутрішній спротив змінам, швидко втрачають мотивацію та потребують більше часу для формування базового почуття безпеки й стабільності у взаємодії з психологом. Це є важливою умовою для того, щоб фахівець міг обрати адекватні методи роботи.

Копінг-стратегії ветерана значною мірою визначають, як він реагуватиме на однакові інтервенції. Наприклад, люди з активним проблемно-орієнтованим підходом швидко включаються у навчання технік саморегуляції, охоче виконують вправи та намагаються інтегрувати нові навички у повсякденне життя. Учасники з емоційно-орієнтованим копінгом потребують більше часу для вербалізації переживань, для них важливими є стабільність, підтримка й емпатичний контакт. А особи з унікальною або деструктивною поведінкою часто потребують поступового, м’якого включення у процес, щоб не відчути надмірного тиску або втручання.

У цьому контексті важливим є врахування не тільки типу копінгів, а й індивідуальних особливостей особистості ветерана. Один і той самий метод може бути ефективним для однієї людини й абсолютно недієвим для іншої [15]. Наприклад, когнітивно-поведінкові техніки добре працюють у тих, хто має конструктивний стиль мислення, тоді як ветеранам із переважно емоційною або уникальною реакцією можуть знадобитися спочатку емоційно-орієнтовані інтервенції.

Особливої уваги заслуговують тренінги стресостійкості, спрямовані на розвиток адаптивних навичок саморегуляції, управління емоціями та формування конструктивних реакцій на стрес. Вони допомагають ветеранам зрозуміти власні автоматичні реакції, навчитися керувати ними та замінювати їх більш адаптивними. Такі тренінги часто включають роботу з переконаннями, розвиток навичок вирішення проблем, формування впевненості у власних можливостях.

Техніки саморегуляції, серед яких різні дихальні вправи, тілесно-орієнтовані практики, релаксаційні методи, сприяють зниженню рівня напруги, відновленню внутрішньої стабільності та підвищенню контрольованості поведінкових реакцій. Їхнє регулярне використання допомагає ветеранам підтримувати психічну рівновагу навіть у складних ситуаціях.

Майндфулнес-практики, що ґрунтуються на принципах усвідомленості, навчають ветеранів не уникати власних переживань, а сприймати їх без осуду, поступово формуючи толерантність до дискомфорту. Цей підхід допомагає зменшити рівень тривоги, підвищити самоконтроль та зміцнити здатність жити «тут і тепер», що є важливою умовою успішного повернення до цивільного життя.

Таким чином, психологічна стійкість і тип копінг-стратегій є визначальними для ефективності психосоціальної підтримки ветеранів. Врахування цих характеристик дозволяє фахівцеві адаптувати інтервенції до індивідуальних потреб, забезпечити активну участь ветерана у процесі відновлення та підвищити шанси на успішну реінтеграцію у мирне життя. Від того, наскільки гнучко психолог вибудовує роботу, залежить не лише результат терапії, а й здатність ветерана повернути внутрішню рівновагу, знайти нові життєві смисли та інтегрувати досвід війни у власну життєву історію.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ

3.1 Методика та організація дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних чинників, що впливають на ефективність психосоціальної підтримки ветеранів, та перевірку можливості підвищення цієї ефективності через розвиток психологічної стійкості та мотивації до змін.

Дослідження здійснювалося на базі центрів психологічної підтримки м. Запоріжжя: «Рубікон HUB», «Ветеран ПРО». У експерименті взяли участь 48 ветеранів, які мали досвід участі в бойових діях і перебувають на різних етапах адаптації до мирного життя. Учасники представляли різні вікові (від 34 до 60 років) та соціальні групи, що дозволяло врахувати індивідуальні особливості процесу відновлення та адаптації. Вони мали різний рівень попереднього досвіду психосоціальної підтримки, що створювало можливість комплексно оцінити ефективність застосовуваних методик у реальних умовах психологічної роботи.

Досліджувані ветерани були розподілені на дві групи: експериментальну групу (24 особи), учасники якої проходили комплексну програму психосоціальної підтримки, та контрольну групу (24 особи), учасники якої не отримували втручання або отримували стандартну підтримку.

Для оцінки початкового рівня психологічної стійкості, мотивації до змін та копінг-стратегій учасників використовували комплекс психометричних методик та опитувальників.

Для визначення психологічної стійкості застосовувалися Шкала психологічної стійкості Коннор-Девіс [65] та Шкала Резильєнтності Вагнільда та Янга [84], які дозволяли оцінити рівень саморегуляції, здатність до адаптації в стресових ситуаціях, витривалість і здатність підтримувати внутрішню рівновагу. Мотивація до змін оцінювалася за допомогою методики «Особистісна готовність до змін» (Personal Change Readiness Survey, PCRS) [8], що дозволяє визначити рівень усвідомлення потреби змін, активність у плануванні особистого розвитку та готовність до включення в процес психосоціальної підтримки. Копінг-стратегії досліджувалися за допомогою тесту-опитувальника «Стратегії подолання стресових ситуацій» (SACS) [57], що дало змогу виявити переважні способи реагування на стрес: проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані та дисфункційні механізми подолання. Для оцінки рівня відкритості до взаємодії з психологом, довіри до фахівця та готовності активно залучатися до програм психосоціальної підтримки було розроблено опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії» (Додаток А). Такий комбінований підхід дозволив отримати комплексну картину психоемоційного стану учасників і сформувати індивідуальні профілі, що стали основою для подальшого експериментального втручання.

Розглянемо методики більш детально.

1. Шкала психологічної стійкості Коннор – Девіс (CD-RISC) є однією з найбільш валідних і широко застосовуваних методик для оцінювання резильєнтності – здатності людини витримувати стрес, адаптуватися до складних умов і відновлюватися після травматичних подій. Методика була розроблена К. Коннор та Дж. Девіс у 2003 році та активно використовується в клінічній практиці, психотерапії, військовій психології та дослідженнях посттравматичного стресу.

Оригінальна версія CD-RISC містить 25 тверджень, які відображають різні аспекти резильєнтності: особистісну компетентність, витривалість, здатність до контролю, духовність, гнучкість мислення, уміння адаптуватися

до змін та зберігати цілеспрямованість. Учасники оцінюють ступінь своєї згоди з кожним твердженням за п’ятибальною шкалою від 0 до 4. Підсумковий показник розраховується шляхом сумування усіх відповідей і варіюється в межах від 0 до 100 балів. Чим вищий результат – тим більш розвинена здатність індивіда до подолання труднощів, емоційного відновлення та ефективного функціонування у стресових умовах.

Процедура проведення є індивідуальною або груповою і не потребує спеціальних умов. Респондентам пропонується прочитати твердження, які стосуються їхнього способу реагування на складні життєві обставини, та обрати відповідний варіант відповіді. Методика вирізняється високою внутрішньою узгодженістю та надійністю, що підтверджено численними психометричними дослідженнями в різних країнах, зокрема й серед ветеранів та військовослужбовців.

Отримані дані можуть аналізуватися як за загальним балом, так і за основними компонентами резильєнтності. Зазвичай виокремлюють три рівні:

- низький рівень (0–60 балів) – вказує на недостатню психологічну стійкість, схильність до емоційного виснаження, труднощі у відновленні після стресу та більшу вразливість до ПТСР;

- середній рівень (61–80 балів) – характеризується відносно стабільною здатністю до адаптації, проте може потребувати розвитку навичок саморегуляції та емоційної витривалості;

- високий рівень (81–100 балів) – свідчить про сформовану психологічну стійкість, гнучкість поведінки, ефективні копінг-стратегії та наявність внутрішніх ресурсів для подолання стресу.

Інтерпретація враховує і якісні аспекти: здатність ветерана орієнтуватися на цілі, зберігати оптимізм, мобілізувати сили при труднощах, взаємодіяти з соціальним оточенням і підтримувати емоційний баланс. Для цілей емпіричного дослідження шкала дозволяє зафіксувати вихідний рівень резильєнтності ветеранів, а також простежити динаміку змін після реалізації програми психосоціальної підтримки. Порівняння показників до та після

втручання дає змогу оцінити ступінь ефективності запропонованої програми та визначити, які компоненти стійкості зазнали найбільшого розвитку.

2. Шкала резильєнтності (Resilience Scale) розроблена Г. Вагнільд та Х. Янго у 1993 році, є однією з перших і найбільш відомих психометричних методик для визначення рівня життєстійкості та здатності до позитивної адаптації у стресових і кризових ситуаціях. Вона була створена на основі якісних та кількісних досліджень осіб, які успішно долали значні життєві труднощі, зберігаючи цілісність особистості, впевненість та внутрішній баланс.

Методика ґрунтується на уявленні про резильєнтність як комплекс особистісних характеристик, що відображають здатність людини конструктивно реагувати на труднощі, відновлюватися після втрат і кризи, приймати зміни та зберігати спрямованість на майбутнє. Авторки виділили ключові компоненти цієї здібності: компетентність, впевненість у власних силах, наполегливість, цілеспрямованість, внутрішня рівновага, оптимістичне сприйняття життєвих подій і гнучкість у прийнятті рішень.

Оригінальна версія методики містить 25 тверджень, які оцінюють рівень резильєнтності за п’ятибальною шкалою – від 1 («цілком не згоден») до 7 («цілком згоден»). Після підрахунку балів формується загальний показник, що відображає ступінь життєстійкості респондента. Для проведення дослідження не потрібні спеціальні умови, опитувальник може застосовуватися як індивідуально, так і в груповому форматі, що підвищує його практичну цінність у роботі з ветеранами, військовослужбовцями та іншими групами підвищеного ризику.

Шкала характеризується високою внутрішньою узгодженістю, стабільністю результатів та ретельно перевіреною конструктною валідністю. Вона широко використовується у міжнародних дослідженнях посттравматичної адаптації, психологічного благополуччя, подолання хронічного стресу та ефективності реабілітаційних програм. Особливо важливо, що RS дозволяє виявляти не лише загальний рівень стійкості, а й

окремі аспекти внутрішньої сили, які можуть зростати внаслідок цілеспрямованих втручань.

Узагальнений показник за шкалою коливається в межах від 25 до 175 балів. Автори пропонують такі орієнтовні рівні інтерпретації: 125 балів і нижче – низький рівень резильєнтності, що вказує на значні труднощі з адаптацією, недостатню віру у власні сили і високу вразливість до стресу; 126-145 балів – середній рівень, що свідчить про відносну здатність справлятися з труднощами, але при наявності підвищених вимог респондент може відчувати дестабілізацію; 146 балів і вище – високий рівень життєстійкості, властивий людям, які демонструють ефективні копінг-стратегії, гнучкість мислення та впевненість у здатності впоратися навіть зі значними стресорами.

Отримані результати можуть аналізуватися і якісно – наприклад, з урахуванням того, які твердження викликають найбільші труднощі чи суперечності. Це дає можливість виявити конкретні сфери, що потребують психологічної підтримки: розвиток внутрішньої мотивації, зміцнення почуття компетентності, формування навичок саморегуляції чи підвищення здатності зберігати внутрішню рівновагу.

У дослідженнях, пов’язаних з психосоціальною підтримкою ветеранів, шкала RS є цінним інструментом, оскільки дозволяє оцінити вихідний рівень життєстійкості, визначити групи ризику та простежити позитивну динаміку після реалізації психологічних і реабілітаційних програм.

3. Методика «Особистісна готовність до змін» (Personal Change Readiness Survey, PCRS) була розроблена канадськими вченими Родніком, Хезер, Голдом і Халом.

Методика спрямована на визначення рівня готовності особистості до прийняття, ініціювання й реалізації змін у власному житті або професійній діяльності.

PCRS належить до діагностичних інструментів, що оцінюють психологічні передумови адаптації до нових умов. Її основою є ідея, що

готовність до змін пов’язана з певним комплексом мотиваційних, когнітивних та емоційно-вольових характеристик особистості.

Методика дозволяє визначити: рівень відкритості до нового; здатність гнучко перебудовувати поведінку; внутрішню мотивацію до саморозвитку; толерантність до невизначеності; готовність до ризику та відповідальності; самоконтроль і наполегливість у реалізації змін.

Оригінальна версія PCRS містить 36 тверджень, що стосуються ставлення людини до змін у різних сферах життя. Респондент оцінює кожне твердження за 5-бальною шкалою від «повністю не згоден» до «повністю згоден».

Опитувальник охоплює кілька ключових компонентів:

1) Когнітивна відкритість до нового відображає схильність сприймати нові ідеї, інформацію, способи дій без опору.

2) Мотиваційна готовність показує внутрішню потребу особистості у розвитку, удосконаленні, прагненні до нових результатів.

3) Емоційно-вольова гнучкість характеризує здатність зберігати стійкість у стресових ситуаціях, толерантність до невизначеності, самоконтроль.

4) Проактивність у змінах відображає готовність ініціювати зміни, брати відповідальність, діяти активно.

5) Орієнтація на результат умовно характеризує здатність планувати, прогнозувати наслідки та доводити почате до кінця.

Загальний бал відображає інтегральний рівень особистісної готовності до змін.

Високий рівень готовності до змін (значно вище середнього) характеризується: відкритістю до нового досвіду; здатністю швидко адаптуватися; ініціативністю; емоційною стійкістю; прагненням до професійного та особистісного розвитку; умінням бачити перспективу і діяти проактивно. Такі респонденти зазвичай легко приймають нововведення, позитивно ставляться до трансформаційних процесів, готові ризикувати та відчувають відповідальність за власні зміни.

Середній рівень готовності до змін означає, що особа загалом позитивно ставиться до змін, але потребує додаткової підтримки або часу для адаптації. Можливі коливання залежно від ситуації, рівня стресу або особистісних ресурсів.

Низький рівень готовності до змін виявляється у: схильності уникати нового; тривожності перед невизначеністю; низькому рівні внутрішньої мотивації; залежності від стабільності; труднощах прийняття рішень. Такі респонденти, як правило, потребують тривалішого часу для адаптації, схильні до опору змінам.

PCRS широко застосовується у: психологічному консультуванні; професійному орієнтуванні; корпоративній діагностиці персоналу; освітніх дослідженнях; вивченні адаптації до життєвих змін (переїзд, війна, професійні трансформації тощо). Вона дозволяє визначити не лише загальну готовність до змін, але й ті аспекти, які потребують розвитку.

4. Тест-опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» (SACS), розроблений С. Хобфоллом і адаптований Н. Водоп’яновою та Є. Старченковою, є однією з найбільш комплексних методик для вивчення поведінкових реакцій людини в умовах стресу. Опитувальник ґрунтується на ресурсній концепції Хобфолла, яка розглядає подолання стресу як взаємодію між особистістю та середовищем, спрямовану на збереження, відновлення або примноження життєвих ресурсів. Методика містить 52 твердження, що описують різні форми поведінки у складних ситуаціях. Респондент має оцінити, наскільки часто він діє відповідним чином, використовуючи п’ятибальну шкалу частотності. Це дозволяє не лише виявити домінуючі копінг-стратегії, а й оцінити загальну спрямованість поведінки людини – активну, пасивну, конструктивну чи деструктивну.

SACS оцінює 9 основних копінг-стратегій, які поділяються на адаптивні та неадаптивні:

1) Асертивні дії. Вміння прямо й упевнено відстоювати власні потреби та інтереси без агресії. У ветеранів свідчить про здорове самоствердження та соціальну впевненість.

2) Уміння шукати соціальної підтримки. Схильність звертатися до інших по допомогу, емоційну підтримку чи поради. Є надзвичайно важливим для реадаптації ветеранів.

3) Обережні дії (обережність, стратегічність). Здатність завчасно аналізувати ситуацію, уникати ризиків, діяти зважено й продумано.

4) Імпульсивні дії. Поспішні, емоційні, неконтрольовані реакції, які часто ведуть до деструктивної поведінки. У ветеранів можуть бути пов’язані з підвищеною тривогою чи ПТСР.

5) Уступливість (покірливість). Схильність уникати конфліктів за рахунок власних інтересів, що може спричиняти зниження самооцінки та пасивність у соціальних контактах.

6) Уникнення проблеми. Ігнорування стресової ситуації, відмова від її вирішення, відстрочення дій.

7) Агресивні дії. Активне, але деструктивне реагування, що може проявлятися у конфліктах, вербальній або фізичній агресії. Для деяких ветеранів є типовим стресовим патерном, який потребує корекції.

8) Маніпулятивні дії. Спроба впливати на людей або ситуацію непрямими способами, використовуючи тиск, хитрість або приховані мотиви.

9) Прямі дії (проблемно-орієнтована поведінка). Активне й цілеспрямоване розв’язання проблеми, ініціативність, пошук рішень, відповідальність.

У ветеранів бойових дій ці патерни набувають особливої значущості, адже стресові ситуації часто активують сформовані раніше реакції, зумовлені досвідом служби, травматичними подіями та особливостями військового середовища.

Процедура застосування методики є досить простою та зручною для використання у групових і індивідуальних формах роботи. Заповнення опитувальника займає приблизно 10-15 хвилин, що дозволяє застосовувати його в комплексних діагностичних програмах. Після обробки результатів для кожної стратегії розраховуються бали, які порівнюються з нормативними

показниками. Високі значення за адаптивними стратегіями свідчать про ефективну здатність до саморегуляції, гнучкість та готовність конструктивно реагувати на труднощі. Переважання неадаптивних стратегій, навпаки, може вказувати на низьку стресостійкість, підвищену тривожність або схильність до неефективних способів розв'язання проблем.

Інтерпретація результатів SACS базується на порівнянні отриманих значень із нормативними діапазонами. Високі бали за адаптивними стратегіями, зокрема асертивністю, самоконтролем, активним розв'язанням проблем та пошуком підтримки, трактуються як показник ефективних навичок подолання стресу та здатності мобілізувати ресурси у складних ситуаціях. Середні значення свідчать про помірний рівень розвитку копінг-умінь і можливість ефективного реагування лише за певних обставин. Низькі бали за конструктивними стратегіями або високі значення за дезадаптивними (агресивність, імпульсивність, уникнення, безпорадність) вказують на ризик розвитку дезадаптивних реакцій, підвищену вразливість до тривалого стресу та потребу у психокорекційній роботі.

Застосування SACS у дослідженні ветеранів є цінним, оскільки дозволяє визначити переважаючі моделі їхньої поведінки у стресових ситуаціях, виявити ризикові зони та ресурси, що можуть бути використані в процесі психосоціальної підтримки. Ця методика допомагає не лише діагностувати копінг-профіль на початковому етапі, але й оцінити динаміку змін після реалізації корекційної програми. Таким чином, SACS виступає інформативним інструментом для аналізу індивідуальних відмінностей у реагуванні на стрес і дозволяє визначити ефективність впроваджених психосоціальних втручань.

5. Розроблений опитувальник для оцінки відкритості ветеранів до взаємодії з психологом спрямований на визначення того, наскільки учасники схильні до встановлення довірливих стосунків із фахівцем, готові ділитися особистими переживаннями та активно включатися у процес психосоціальної підтримки. Опитувальник дозволяє оцінити базову мотивацію до взаємодії, очікування щодо роботи з психологом та рівень внутрішньої готовності до змін.

Методика охоплює низку аспектів, пов’язаних із суб’єктивним ставленням до психологічної допомоги: рівень початкової довіри, сприйняття психолога як компетентного та надійного спеціаліста, комфортність у відкритому обговоренні емоційно значущих подій, а також готовність до активної співпраці. Особлива увага приділяється таким показникам, як здатність приймати підтримку, відкритість до рефлексії, толерантність до дискомфорту, який може виникати в процесі роботи, та готовність дотримуватися рекомендацій фахівця.

Опитувальник містить 20 тверджень, кожне з яких оцінюється за п’ятибальною шкалою, де 1 бал відповідає «повністю не згоден», а 5 балів – «повністю згоден». Відповіді сумуються для формування інтегрального показника відкритості до взаємодії з психологом. Вищі значення свідчать про сформовану довіру до спеціаліста, позитивне ставлення до психологічної допомоги та високий рівень автономної мотивації. Низькі показники можуть сигналізувати про недовіру, емоційне дистанціювання, страх оцінювання або недостатню віру в ефективність психологічної підтримки.

Отримані результати використовуються для індивідуалізації програми психосоціальної підтримки, визначення оптимальних форм і темпу роботи з ветераном. Вони допомагають психологу адаптувати методи та стилі взаємодії, забезпечити більш м’який вхід у процес, підвищити ефективність комунікації та підтримати формування стабільного терапевтичного альянсу, що є ключовим чинником позитивної динаміки у подальшій реабілітації.

Дослідження було організоване у кілька послідовних етапів, що забезпечило системний підхід до оцінки та розвитку психосоціальної підтримки ветеранів.

Першим етапом стало проведення первинного обстеження учасників експериментальної та контрольної груп, під час якого здійснювалася комплексна оцінка психологічної стійкості, мотивації до змін, використання копінг-стратегій та відкритості до взаємодії з фахівцем. Цей етап дозволив встановити базові показники та індивідуальні особливості кожного ветерана, що стало основою для подальшого персоналізованого підходу у роботі з учасниками.

Другим етапом була розробка та впровадження у ЕГ програми психосоціальної підтримки для експериментальної групи. Вона поєднувала групові та індивідуальні інтервенції. Групові тренінги були спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, ефективного управління емоціями, формування конструктивних копінг-стратегій і підвищення загальної психологічної стійкості. Індивідуальні консультації дозволяли враховувати особливості кожного учасника ЕГ, включаючи рівень бойового досвіду, психоемоційний стан та потреби у соціальній підтримці, що сприяло максимальному залученню ветеранів у процес відновлення та адаптації.

Заключним етапом дослідження стало порівняння показників експериментальної та контрольної груп, що дозволяло комплексно оцінити ефективність психосоціальної підтримки ветеранів. Окрім кількісного порівняння результатів, здійснювався детальний аналіз динаміки особистісних змін у ветеранів експериментальної групи, включаючи зміни в психологічній стійкості, мотивації до змін та використанні різних копінг-стратегій. Для виявлення взаємозв’язку між цими показниками застосовувався кореляційний аналіз за Пірсоном, який дозволяв оцінити ступінь та напрямок взаємозалежності змін, а також визначити, які аспекти психоемоційного стану найбільш тісно пов’язані між собою.

У результаті реалізації цього підходу була забезпечена систематична оцінка ефективності психосоціальної підтримки, а також виявлено ключові психологічні чинники, що визначають успішність відновлення ветеранів після бойових дій.

3.2 Діагностика психологічних чинників та визначення базового рівня адаптації ветеранів

Діагностика психологічних чинників та визначення базового рівня адаптації ветеранів проводилася на всій вибірці з 48 осіб (24 особи ЕГ та 24 особи КГ). На цьому етапі здійснювалося первинне оцінювання рівня

психологічної стійкості, мотивації до змін, використання копінг-стратегій та готовності до взаємодії з психологом. Отримані результати дозволили виявити індивідуальні особливості учасників, визначити базові психоемоційні показники, що забезпечило можливість оцінити ефективність подальшої психосоціальної підтримки.

Проаналізуємо отримані результати.

1. На основі первинного обстеження за шкалою психологічної стійкості Коннор–Девіс у ветеранів було визначено загальний рівень їхньої здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, підтримувати внутрішню рівновагу та адаптуватися до складних життєвих умов. Середній бал за шкалою становив 68,2 у ЕГ та 68,4 у КГ, що відповідає нижній межі середнього рівня психологічної стійкості. Це означає, що більшість учасників групи лише частково володіють адаптивними механізмами подолання труднощів і потребують розвитку навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості та відновлення після психотравмувальних подій..

Результати первинного оцінювання окремо для контрольної та експериментальної груп демонструють подібну тенденцію з переважанням середнього та низького рівнів стійкості. Так, у експериментальній групі (ЕГ) високий рівень було зафіксовано лише у 6 ветеранів (25,0%), середній – у 10 осіб (41,7%), а низький – у 8 осіб (33,3%). Аналогічна ситуація спостерігалася у контрольній групі (КГ): високий рівень мали 5 ветеранів (20,8%), середній – 11 осіб (45,8%), тоді як низький рівень продемонстрували 8 учасників (33,3%). Отже, загалом у двох групах лише незначна частина ветеранів виявляла достатні ресурси для ефективного реагування на стресові ситуації, тоді як третина кожної групи перебувала у зоні підвищеного ризику емоційного виснаження (рис. 3.1).

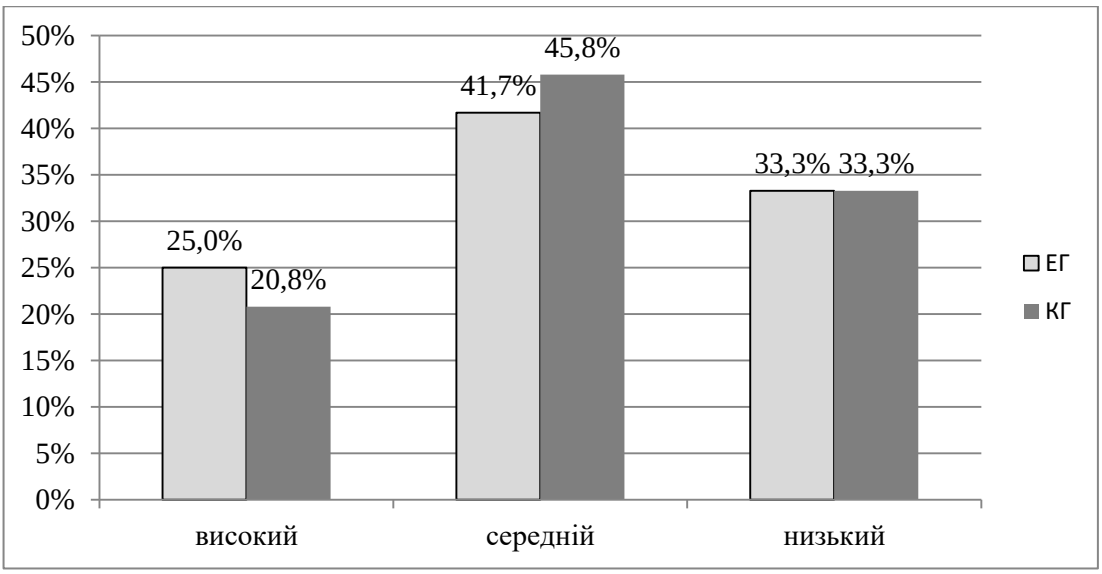


Рисунок 3.1 – Рівні психологічної стійкості ветеранів ЕГ та КГ (первинне оцінювання)

Детальний аналіз компонентів шкали психологічної стійкості показав, що розподіл показників у контрольній та експериментальній групах загалом був подібним, без істотних відмінностей.

У обох групах найкраще були сформовані навички когнітивної гнучкості та здатності адаптуватися до змін. Експериментальна група: високий рівень виявлено у 7 осіб (29,2%), середній рівень у 10 осіб (41,7%), низький рівень у 7 осіб (29,2%), Учасники ЕГ загалом характеризувалися помірною здатністю змінювати стратегії поведінки, проте майже третина продемонструвала труднощі з адаптивністю, низьку толерантність до невизначеності та високу залежність від усталених моделей реагування. Контрольна група: високий рівень – 9 осіб (37,5%), середній рівень – 8 осіб (33,3%), низький рівень – 7 осіб (29,2%). У КГ частка ветеранів із високою когнітивною гнучкістю була дещо вищою, ніж в ЕГ, що свідчить про наявність більш стабільних адаптивних навичок. Водночас низький рівень також був характерний для майже третини учасників.

Показники внутрішньої витривалості виявилися дещо нижчими: високий рівень спостерігався лише у 4 ветеранів ЕГ (16,7%) та 5 осіб КГ (20,8%), середній – у 10 осіб ЕГ (41,7%) та 10 осіб КГ (41,7%), тоді як

низький рівень був притаманний 10 особам ЕГ (41,7%) та 9 особам КГ (37,5%). У ЕГ спостерігається значний відсоток ветеранів з низьким рівнем внутрішньої витривалості. Це вказує на схильність до емоційного виснаження, труднощі з утриманням стабільного самоконтролю та слабку здатність мобілізувати сили в стресових умовах. Показники КГ є подібними, однак низький рівень представленості внутрішньої витривалості трохи менший, ніж у ЕГ, що свідчить про дещо кращі базові можливості саморегуляції.

Компонент цілеспрямованості та самоконтролю також розподілився майже однаково: високий рівень у ЕГ властивий 5 особам (20,8%), середній рівень – 11 осіб (45,8%) та низький рівень – 8 осіб (33,3%). Учасники ЕГ загалом демонстрували посередній рівень уміння ставити цілі та контролювати поведінку, проте третина респондентів мала слабкий самоконтроль, труднощі у плануванні та регуляції емоційних реакцій. У КГ: високий рівень – 6 осіб (25,0%), середній рівень – 10 осіб (41,7%), низький рівень – 8 осіб (33,3%). У КГ показники розподілилися більш рівномірно. Частка ветеранів з високою цілеспрямованістю була дещо більшою, ніж в ЕГ, при такій же кількості учасників із низьким рівнем (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Розподіл рівнів компонентів психологічної стійкості ветеранів ЕГ та КГ за шкалою Коннор-Девіс на етапі первинного оцінювання

Компоненти шкали	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Когнітивна гнучкість та адаптація до змін	29,2%	37,5%	41,7%	33,3%	29,2%	29,2%
Внутрішня витривалість	16,7%	20,8%	41,7%	41,7%	41,7%	37,5%
Цілеспрямованість та самоконтроль	20,8%	25,0%	45,8%	41,7%	33,3%	33,3%

Таким чином, первинне порівняння компонентів психологічної стійкості між експериментальною та контрольною групами демонструє загальну схожість тенденцій, однак у ЕГ спостерігався менш сприятливий рівень адаптивних ресурсів.

2. Первинне обстеження життєстійкості ветеранів за шкалою резильєнтності дозволило визначити загальний рівень життєстійкості у ветеранів експериментальної та контрольної груп. Середній показник у ЕГ становив 137,5 бала, а у КГ – 139,0 бала, що відповідає середньому рівню життєстійкості в обох групах.

Встановлено, що розподіл рівнів загальної життєстійкості у контрольній та експериментальній групах був загалом подібним, без суттєвих відмінностей, що свідчить про їхню початкову однорідність. У ЕГ високий рівень життєстійкості спостерігався у 8 ветеранів (33,3%), середній – у 11 осіб (45,8%), а низький – у 5 учасників (20,8%). У КГ показники розподілилися майже так само: високий рівень зафіксовано у 9 ветеранів (37,5%), середній – у 10 учасників (41,7%), а низький – у 5 осіб (20,8%). Така близькість результатів дозволяє вважати, що обидві групи мали порівняні особистісні ресурси для подолання стресу на старті програми (рис. 3.2).

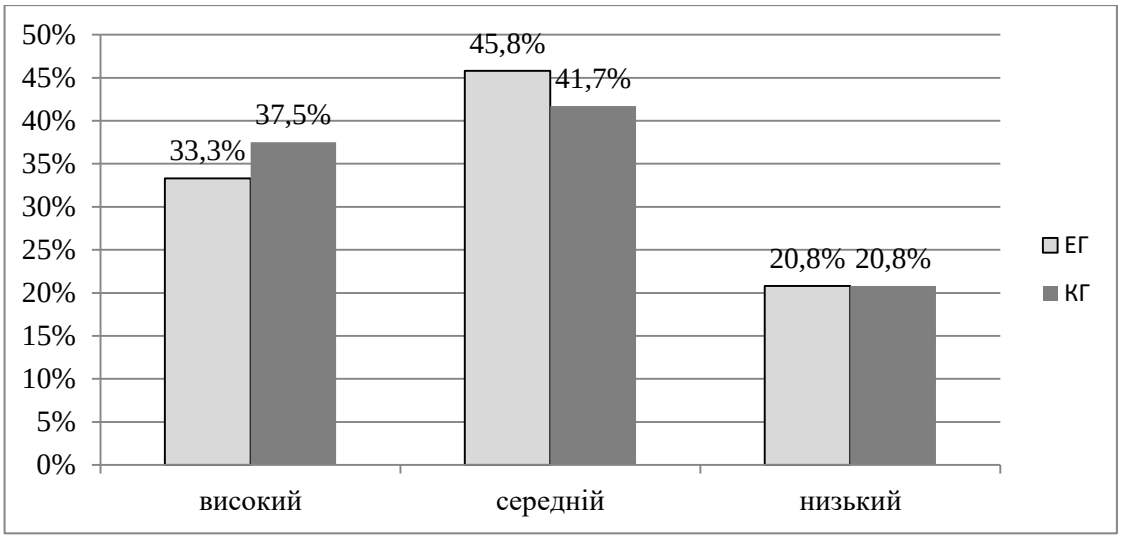


Рисунок 3.2 – Рівні життєстійкості ветеранів ЕГ та КГ (первинне оцінювання)

Детальний аналіз окремих компонентів шкали життєстійкості також підтвердив відсутність значних початкових відмінностей між групами. Найбільш сформованим компонентом у ветеранів обох груп були компетентність і наполегливість: високий рівень цього показника спостерігався у 41,7% учасників як ЕГ, так і КГ, середній – у 37,5%, а

низький – у 20,8%. Це свідчить про наявність базової стресостійкості, здатності доводити справи до кінця та підтримувати активність у складних ситуаціях.

Компонент «впевненість у власних силах і цілеспрямованість» також проявився на близьких рівнях: у ЕГ високий рівень становив 33,3%, у КГ – 37,5%, середній рівень був характерним відповідно для 45,8% та 41,7% учасників, а низький – для 20,8% в обох групах. Це вказує на те, що ветерани обох груп загалом володіли помірною внутрішньою мотивацією та здатністю до саморегуляції, але водночас певна частина мала труднощі з підтриманням самовпевненості у складних обставинах.

Показники внутрішньої рівноваги та оптимістичного сприйняття подій також виявили подібні тенденції: у ЕГ високий рівень зафіксовано у 29,2% ветеранів, у КГ – у 33,3%; середній рівень становив 50,0% в обох групах; низький рівень спостерігався у 20,8% учасників ЕГ та 16,7% КГ. Це означає, що більшість ветеранів мали збережену здатність до емоційної стабільності, хоча певна частина демонструвала схильність до емоційної напруги, тривожності й негативного сприйняття життєвих ситуацій.

Схожим чином розподілилися показники гнучкості мислення та адаптації до змін. Високий рівень цього компоненту у ЕГ становив 33,3%, у КГ – 37,5%; середній рівень був однаковим – 45,8% у кожній групі. Низький рівень виявлено у 20,8% учасників ЕГ та 16,7% КГ. Такий розподіл свідчить про те, що більшість ветеранів здатні адаптуватися до нових обставин і приймати рішення в умовах невизначеності, але близько п’ятої частини досліджуваних мають значні труднощі з гнучкістю мислення (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Розподіл рівнів компонентів життєстійкості ветеранів ЕГ та КГ за шкалою RS на етапі первинного оцінювання

Компоненти шкали	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Компетентність та наполегливість	41,7%	41,7%	37,5%	37,5%	20,8%	20,8%
Впевненість у власних силах та цілеспрямованість	33,3%	37,5%	45,8%	41,7%	20,8%	20,8%

Продовження таблиці 3.2

Внутрішня рівновага та оптимістичне сприйняття подій	29,2%	33,3%	50,0%	50,0%	20,8%	16,7%
Гнучкість мислення та адаптація до змін	33,3%	37,5%	45,8%	45,8%	20,8%	16,7%

Загалом результати первинного оцінювання демонструють порівнянний рівень життєстійкості та сформованості її компонентів у КГ та ЕГ. Це дозволяє обґрунтовано оцінювати подальші зміни як наслідок впливу психосоціальної програми, а не початкових відмінностей між групами.

3. Аналіз результатів, отриманих за методикою PCRS, дозволив визначити рівень готовності ветеранів до змін у власному житті та професійній діяльності, а також виділити ключові складові цього показника. Середній інтегральний бал у ЕГ становив 68,0, у КГ – 68,4, що відповідає середньому рівню готовності до змін. Це свідчить про наявність базової відкритості до нових ситуацій, проте вказує на потребу у подальшому розвитку мотиваційних та емоційно-вольових ресурсів для більш ефективного реагування на трансформаційні процеси.

У ЕГ високий рівень готовності до змін спостерігався у 6 учасників (25,0%). Ця група демонструвала здатність швидко адаптуватися до нових умов, проявляла ініціативність, активне прагнення до саморозвитку та ефективне планування власних дій. Ветерани з високим рівнем проактивності були готові брати на себе відповідальність за прийняті рішення та демонстрували стійкість у стресових ситуаціях. Середній рівень готовності до змін у ЕГ спостерігався у 11 учасників (54,2%). Ця група характеризувалася певною відкритістю до нового досвіду та готовністю змінювати поведінку, проте потребувала додаткового часу та підтримки для повноцінної адаптації, могла проявляти коливання мотивації та емоційну нестабільність. Низький рівень у ЕГ зафіксовано у 5 учасників (20,8%). Вони демонстрували тривожність перед невизначеністю, опір новим ідеям та труднощі у самостійному прийнятті рішень, потребуючи активного супроводу та психологічної підтримки.

У КГ високий рівень готовності до змін спостерігався у 7 учасників (29,2%), середній – у 11 учасників (45,8%), а низький – у 6 учасників (25,0%). Це свідчить про те, що ветерани контрольної групи загалом також мали середню базову готовність до змін, з незначною часткою учасників з низьким рівнем, які потребували додаткової підтримки та розвитку мотивації, самоконтролю і проактивності (рис. 3.3).

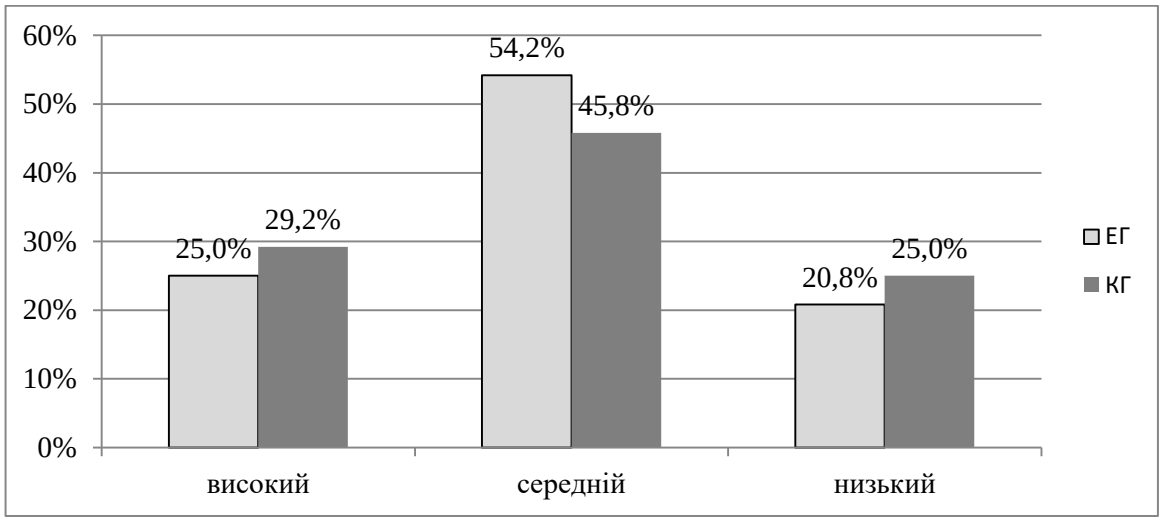


Рисунок 3.3 – Рівні готовності до змін ветеранів ЕГ та КГ (первинне оцінювання)

Детальний аналіз компонентів шкали показав різний рівень розвитку окремих аспектів готовності до змін у обох групах.

Когнітивна відкритість до нового у ЕГ характеризувалася високим рівнем у 6 осіб (25,0%), середнім – у 11 (45,8%), низьким – у 7 (29,2%). У КГ високий рівень – 7 осіб (29,2%), середній – у 10 (41,7%), низький – у 7 (29,2%). Це свідчить про те, що більшість ветеранів обох груп здатні сприймати нові ідеї та способи дій без значного опору, але частина учасників ЕГ відчуває труднощі у відкритості до змін і потребує додаткової підтримки.

Мотиваційна готовність у ЕГ: високий рівень – 5 осіб (20,8%), середній – 11 (45,8%), низький – 8 (33,3%). У КГ високий рівень – 6 осіб (25,0%), середній – 10 (41,7%), низький – 8 (33,3%). Це вказує на те, що в ЕГ частина ветеранів потребує більш активного стимулювання для впровадження змін, тоді як КГ має трохи кращу мотиваційну готовність.

Емоційно-вольова гнучкість у ЕГ проявлялася високим рівнем у 6 осіб (25,0%), середнім – у 11 (45,8%), низьким – у 7 (29,2%). У КГ високий рівень – 7 осіб (29,2%), середній – 10 (41,7%), низький – 7 (29,2%). Це свідчить, що частина ветеранів ЕГ потребує розвитку здатності контролювати емоції та стійко реагувати на стрес.

Проактивність у змінах у ЕГ була високою у 6 осіб (25,0%), середньою – у 11 (45,8%), низькою – у 7 (29,2%). У КГ високий рівень становив 7 осіб (29,2%), середній – 11 (45,8%), низький – 6 (25,0%). Більшість ветеранів демонструють готовність до активної участі у трансформаційних процесах, проте у ЕГ частина учасників потребує додаткового стимулювання.

Орієнтація на результат у ЕГ: високий рівень – 7 осіб (29,2%), середній – 10 (41,7%), низький – 7 (29,2%). У КГ високий рівень – 8 осіб (33,3%), середній – 10 (41,7%), низький – 6 (25,0%). Це свідчить про наявність базової здатності планувати дії та доводити їх до кінця, але більша частина ветеранів ЕГ потребує розвитку цієї компетенції (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Розподіл рівнів компонентів особистісної готовності до змін у ветеранів ЕГ та КГ за методикою PCR на етапі первинного оцінювання

Компоненти шкали	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Когнітивна відкритість до нового	25,0%	29,2%	45,8%	41,7%	29,2%	29,2%
Мотиваційна готовність	20,8%	25,0%	45,8%	41,7%	33,3%	33,3%
Емоційно-вольова гнучкість	25,0%	29,2%	45,8%	41,7%	29,2%	29,2%
Проактивність у змінах	25,0%	29,2%	45,8%	45,8%	29,2%	25,0%
Орієнтація на результат	29,2%	33,3%	41,7%	41,7%	29,2%	25,0%

Отримані результати показують, що як ЕГ, так і КГ на початковому етапі мали переважно середній рівень готовності до змін, проте в ЕГ спостерігається трохи нижчий рівень за усіма компонентами.

4. Аналіз результатів, отриманих за методикою SACS, у ветеранів експериментальної та контрольної групи дозволив виявити особливості використання копінг-стратегій у стресових ситуаціях, а також визначити сильні та проблемні сторони поведінки обох груп.

У експериментальній групі найбільш розвиненими адаптивними стратегіями були асертивні дії та пряме розв'язання проблеми (проблемно-орієнтована поведінка). Високий рівень асертивності спостерігався у 9 осіб (37,5%), середній – у 10 (41,7%), а низький – у 5 (20,8%). Це свідчить про те, що більшість ветеранів ЕГ здатні прямо відстоювати свої потреби та проявляти ініціативу у складних ситуаціях, проте близько п'ятої частини групи має труднощі з самоствердженням і соціальною впевненістю. Пряме розв'язання проблеми було характерно для високого рівня у 8 осіб (33,3%), середнього – у 11 (45,8%) та низького – у 5 (20,8%), що показує наявність базової здатності до активного розв'язання проблем, але деякі ветерани потребують підтримки у плануванні та прийнятті рішень.

Щодо уміння шукати соціальної підтримки, у ЕГ високий рівень мали 7 осіб (29,2%), середній – 12 (50,0%), низький – 5 (20,8%). Це свідчить про те, що більшість ветеранів здатні звертатися за допомогою та порадою, але частина респондентів демонструє певну замкнутість або небажання спиратися на оточення у стресових ситуаціях. Обережні дії були високими у 8 осіб (33,3%), середніми у 10 (41,7%), низькими у 6 (25,0%), що вказує на помірну здатність прогнозувати наслідки своїх дій та уникати ризиків.

Серед неадаптивних стратегій у ЕГ найбільш вираженими були імпульсивні дії та уникання проблеми. Високий рівень імпульсивності спостерігався у 9 осіб (37,5%), середній – у 9 (37,5%), низький – у 6 (25,0%). Це показує наявність тенденції до швидких емоційних реакцій у деяких ветеранів, що може ускладнювати конструктивне реагування на стрес. Уникання проблеми було високим у 7 осіб (29,2%), середнім – у 10 (41,7%), низьким – у 7 (29,2%), що свідчить про часткову схильність до відкладення рішень або пасивного реагування.

У експериментальній групі показники агресивних дій свідчать про підвищену схильність до конфліктної поведінки: високий рівень спостерігався у 9 осіб (37,5%), середній – у 10 (41,7%), низький – у 5 (20,8%). Це вказує на те, що частина ветеранів здатна контролювати прояви агресії,

тоді як близько третини може демонструвати активну деструктивну поведінку у стресових ситуаціях, що потребує цілеспрямованої корекційної роботи. Маніпулятивні дії у ЕГ виявилися помірно вираженими: високий рівень – 4 особи (16,7%), середній – 11 (45,8%), низький – 9 (37,5%). Це свідчить про те, що більшість ветеранів нечасто вдаються до непрямих методів впливу, але частина групи у стресових обставинах може проявляти спроби маніпулювати оточенням для досягнення власних цілей. Щодо поступливості (покірливості) у ЕГ, високий рівень спостерігався у 6 осіб (25,0%), середній – у 12 (50,0%), низький – у 6 (25,0%). Це означає, що половина ветеранів демонструє помірну готовність поступатися, уникати конфліктів або поступатися власними інтересами, тоді як близько чверті учасників проявляє виражену покірність і пасивність у взаємодії з іншими.

У контрольній групі переважаючими були ті самі адаптивні стратегії, проте показники дещо кращі у порівнянні з ЕГ. Асертивні дії високого рівня спостерігали 10 осіб (41,7%), середнього – 11 (45,8%), низького – 3 (12,5%), що свідчить про більшу частку ветеранів із впевненістю у соціальній взаємодії. Пряме розв’язання проблеми: високі показники у 9 осіб (37,5%), середні – у 12 (50,0%), низькі – у 3 (12,5%). Уміння шукати соціальної підтримки високого рівня мали 8 осіб (33,3%), середнього – 12 (50,0%), низького – 4 (16,7%). Обережні дії були високими у 9 осіб (37,5%), середніми у 11 (45,8%), низькими у 4 (16,7%).

Серед неадаптивних стратегій у КГ спостерігалася менша схильність до імпульсивності та уникання проблеми. Імпульсивні дії високого рівня мали 9 осіб (37,5%), середнього – 10 (41,7%), низького – 5 (20,8%), уникання проблеми високого рівня – 6 осіб (25,0%), середнього – 11 (45,8%), низького – 7 (29,2%).

У контрольній групі спостерігалася менша схильність до агресивних і маніпулятивних дій. Агресивні дії високого рівня мали 9 осіб (37,5%), середнього – 9 (37,5%), низького – 5 (20,8%), що свідчить про кращий контроль над деструктивними проявами. Маніпулятивні дії високого рівня

були у 3 осіб (12,5%), середнього – 10 (41,7%), низького – 11 (45,8%), а поступливість високого рівня – у 5 осіб (20,8%), середнього – 11 (45,8%), низького – 8 (33,3%). Це демонструє більшу соціальну стійкість та здатність до конструктивної взаємодії в контрольній групі (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Розподіл рівнів копінг-стратегій ветеранів ЕГ та КГ за методикою SACS на етапі первинного оцінювання

Копінг-стратегії	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Асертивні дії	37,5%	41,7%	41,7%	45,8%	20,8%	12,5%
Пошук соціальної підтримки	29,2%	33,3%	50,0%	50,0%	20,8%	16,7%
Пряме розв’язання проблеми	33,3%	37,5%	45,8%	50,0%	20,8%	12,5%
Імпульсивні дії	37,5%	37,5%	37,5%	41,7%	25,0%	20,8%
Агресивні дії	37,5%	33,3%	41,7%	37,5%	20,8%	20,8%
Обережні дії	33,3%	37,5%	41,7%	45,8%	25,0%	16,7%
Уникнення проблеми	29,2%	25,0%	41,7%	45,8%	29,2%	29,2%
Маніпулятивні дії	16,7%	12,5%	45,8%	41,7%	37,5%	45,8%
Поступливість (покірливість)	25,0%	20,8%	50,0%	45,8%	25,0%	33,3%

Загалом результати свідчать, що як ЕГ, так і КГ використовують переважно адаптивні копінг-стратегії, зокрема прямі дії, асертивність та звернення за соціальною підтримкою, проте у ЕГ проявляється трохи більша частка ветеранів із схильністю до неадаптивних реакцій (імпульсивність, уникання). Це підкреслює необхідність цілеспрямованого розвитку саморегуляції, стратегії планування дій і навчання конструктивним способам подолання стресу у ЕГ. Водночас КГ демонструє більш стабільні базові навички адаптації до стресових ситуацій, що свідчить про наявність певних природних ресурсів для стресостійкості.

5. Опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії».

Проведене обстеження ветеранів показало різний рівень готовності до взаємодії з психологом, що відображає індивідуальні особливості сприйняття допомоги та мотиваційної готовності до участі у психосоціальній підтримці.

Результати експериментальної групи.

Довіра до фахівця. На первинному етапі дослідження у ЕГ високий рівень довіри до психолога відзначався у 7 осіб (29,2%). Ці ветерани

проявляли готовність довіряти фахівцю, покладатися на його компетентність і відкрито ділитися власними переживаннями. Середній рівень довіри спостерігався у 11 осіб (45,8%), що вказує на наявність базової готовності до співпраці, проте ці ветерани потребують додаткового часу для формування повної впевненості у психолога, а також для подолання власних побоювань щодо оцінки їхніх емоцій та поведінки. Низький рівень довіри зафіксовано у 6 осіб (25,0%). Ці учасники демонструють початкову недовіру, схильність до емоційного дистанціювання або скептичне ставлення до психологічної підтримки. Такий стан вказує на необхідність індивідуальної роботи психолога для налагодження контактів, зменшення тривожності та підвищення відчуття безпеки у процесі взаємодії.

Відкритість у спілкуванні. Високий рівень відкритості проявлявся у 6 осіб (25,0%). Ці ветерани легко висловлюють свої емоції та переживання, охоче обговорюють складні теми та активно включаються у процес рефлексії. Середній рівень зафіксовано у 12 осіб (50,0%), що свідчить про помірну готовність до відкритого діалогу. Для цієї групи важливо створювати умови психологічної безпеки та поступово стимулювати активну участь у обговоренні емоційно значущих ситуацій. Низький рівень спостерігався у 6 осіб (25,0%), і він вказує на схильність уникати відкритого обговорення особистих труднощів, страх оцінювання та певну закритість у відносинах із психологом. Цим ветеранам необхідна особлива увага для формування довіри та мотивації до діалогу.

Готовність до активної участі. Високий рівень мотивації до активної участі виявлено у 5 осіб (20,8%). Ці учасники усвідомлюють важливість власної активності для психологічного відновлення, із задоволенням виконують завдання, що пропонує психолог, та демонструють ініціативність у роботі над собою. Середній рівень спостерігався у 13 осіб (54,2%). Ветерани цієї групи готові до участі у підтримці, проте їхня активність нерідко залежить від зовнішніх стимулів або впевненості у безпеці процесу. Низький рівень зафіксовано у 6 осіб (25,0%), що свідчить про недостатню

мотивацію, пасивність або відсутність внутрішньої ініціативи. Для цих учасників психологічна робота має починатися з мотиваційного супроводу, стимулювання самоконтролю та демонстрації користі від активної участі у програмі.

В цілому, експериментальна група на первинному етапі демонструє переважно середній рівень відкритості та готовності до психосоціальної взаємодії. Хоча окремі ветерани мають високий рівень довіри та готовності, приблизно четверта частина учасників демонструє низький рівень, що вимагає активної роботи психолога для формування контактності, безпеки та мотивації. Спостережувані тенденції можуть бути зумовлені підвищеною тривожністю, попереднім досвідом психологічної підтримки або стереотипами щодо ефективності роботи психолога.

Результати контрольної групи.

Довіра до фахівця. У КГ високий рівень довіри спостерігався у 9 осіб (37,5%), середній рівень – у 10 осіб (41,7%), низький – у 5 осіб (20,8%). Переважна більшість ветеранів КГ демонструє готовність визнавати компетентність психолога, відчувати певну безпеку у спілкуванні та розкривати власні переживання. Невелика частина учасників, що має низький рівень довіри, потребує індивідуального підходу для подолання скептичного ставлення та формування позитивного досвіду взаємодії.

Відкритість у спілкуванні. Високий рівень відкритості проявлявся у 8 осіб (33,3%), середній рівень – у 12 осіб (50,0%), низький рівень – у 4 осіб (16,7%). Це свідчить про те, що більшість ветеранів КГ здатні до обговорення особистих труднощів і емоційно значущих тем. Низький рівень у частини учасників вказує на необхідність створення сприятливого середовища для комфортного обговорення власного досвіду.

Готовність до активної участі. Високий рівень зафіксовано у 8 осіб (33,3%), середній – у 11 осіб (45,8%), низький – у 5 осіб (20,8%). Більшість ветеранів демонструють готовність активно долучатися до процесу підтримки, виконувати психологічні вправи та завдання, а також проявляти

ініціативу у саморозвитку. Тим не менш, певна частина групи потребує додаткового стимулювання та пояснення значущості активної участі для результативності підтримки.

Контрольна група загалом демонструє трохи вищі показники відкритості та готовності до психосоціальної взаємодії порівняно з ЕГ. Переважна більшість ветеранів КГ здатні активно включатися у роботу, проявляють довіру до фахівця та готові обговорювати особисті проблеми. Невелика частина учасників залишається на середньому або низькому рівні, що вимагає поступового формування безпеки та мотивації для активної участі (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Рівень довіри, відкритості та готовності до активної участі ветеранів ЕГ та КГу психосоціальній взаємодії на етапі первинного оцінювання

Шкала	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Довіра до фахівця	29,2%	37,5%	45,8%	41,7%	25,0%	20,8%
Відкритість у спілкуванні	25,0%	33,3%	50,0%	50,0%	25,0%	16,7%
Готовність до активної участі	20,8%	33,3%	54,2%	45,8%	25,0%	20,8%

Результати дослідження показали, що більшість ветеранів обох груп (ЕГ та КГ) мають середній рівень довіри до психолога, відкритості у спілкуванні та готовності до активної участі у програмах підтримки. У контрольній групі спостерігався дещо вищий рівень відкритості та мотивації, тоді як в експериментальній групі частина учасників демонструвала нижчі показники, що свідчить про необхідність додаткового формування психологічної безпеки, мотивації та довіри до фахівця. Загалом, отримані дані вказують на те, що ефективна психосоціальна робота з ветеранами потребує індивідуального підходу, врахування особистісних особливостей і наявного рівня готовності до взаємодії, що дозволяє поступово підвищувати їхню відкритість, активність та готовність до змін у процесі підтримки..

Результати опитувальника вказують на необхідність індивідуалізації програм психосоціальної підтримки, з урахуванням рівня довіри, відкритості

та готовності до активної участі. Виявлені показники дозволяють психологу ефективніше планувати інтервенції, розробляти стратегії залучення учасників та поступово формувати стабільний терапевтичний альянс, який є ключовим фактором успішної адаптації та реабілітації ветеранів.

Таким чином, первинне обстеження ветеранів показало, що більшість учасників обох груп мають середній рівень психологічної стійкості, життєстійкості та готовності до змін. Значна частина респондентів демонструє високий рівень адаптивних ресурсів, що свідчить про сформовані навички саморегуляції, здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та відкритість до нових викликів. Разом із тим, частина ветеранів має низький рівень показників, що підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу та додаткової підтримки.

3.3 Розробка та впровадження програми психосоціальної підтримки ветеранів

На основі результатів первинної діагностики психологічних чинників та готовності до взаємодії ветеранів була розроблена програма психосоціальної підтримки, спрямована на підвищення психологічної стійкості, життєстійкості та адаптивності учасників. Основною метою програми стало створення безпечного середовища для саморозвитку, формування навичок ефективного подолання стресу, розвитку мотивації до змін та посилення соціальної взаємодії.

Програма включала кілька взаємопов’язаних блоків, кожен з яких мав чіткі цілі та методи реалізації, спрямовані на комплексний розвиток психологічних і соціальних ресурсів ветеранів.

Інформаційно-пізнавальний блок передбачав ознайомлення учасників з базовими поняттями психологічної стійкості, копінг-стратегій та методів саморегуляції. Основна мета цього блоку полягала у підвищенні усвідомленості ветеранів щодо власних ресурсів, механізмів подолання

стресу та впливу психологічних навичок на ефективність адаптації у повсякденному житті. Для досягнення цієї мети використовувалися лекції, мультимедійні презентації, дискусії та кейс-аналізи. Завданням було не лише надати інформацію, але й допомогти учасникам усвідомити власні сильні сторони та виявити потенційні області для розвитку.

Розвивально-тренувальний блок включав комплекс практичних вправ, спрямованих на формування когнітивної гнучкості, емоційно-вольової стійкості, цілеспрямованості та самоконтролю. Для цього застосовувалися ігрові методики, рольові вправи, ситуаційні завдання та інтерактивні симуляції. Важливим елементом було поєднання індивідуальної та групової роботи, що дозволяло учасникам не лише працювати над особистими навичками, але й відпрацьовувати їх у спільних соціальних ситуаціях. Очікуваний результат блоку – підвищення здатності ветеранів ефективно реагувати на стресові та конфліктні ситуації, підтримувати внутрішню рівновагу та мобілізувати ресурси для досягнення цілей.

Соціально-комунікативний блок був спрямований на розвиток навичок взаємодії, довіри до фахівця, відкритості у спілкуванні та командної роботи. Методики включали групові дискусії, вправи на активне слухання, спільне вирішення проблемних ситуацій, а також тренінги на формування емпатії та довіри. Особлива увага приділялася створенню стабільного терапевтичного альянсу між учасниками та психологом, що забезпечувало ефективне включення ветеранів у процес підтримки та зменшення тривожності щодо нових методів роботи.

Мотиваційно-рефлексивний блок передбачав роботу над внутрішньою мотивацією до змін, аналізом власних досягнень і труднощів, а також рефлексією особистісних ресурсів і цілей. Використовувалися індивідуальні та групові вправи на самоспостереження, ведення щоденників рефлексії, обговорення особистих успіхів та викликів. Цей блок мав на меті сформувати у ветеранів стійке відчуття відповідальності за власний розвиток, активізувати прагнення до самовдосконалення та підвищити впевненість у власних можливостях для досягнення поставлених цілей.

Кожен блок програми був інтегрований у загальний цикл сесій, що дозволяло поетапно формувати психологічні ресурси, підвищувати соціальні компетенції та стимулювати готовність ветеранів до змін у житті та професійній діяльності. Поєднання теоретичної інформації, практичних вправ та рефлексії забезпечувало всебічний розвиток адаптивних навичок і підтримувало індивідуальні потреби учасників.

Програма впроваджувалася у вигляді циклу з 10 сесій тривалістю 90 хвилин, які проводилися двічі на тиждень. Кожна сесія поєднувала психоосвітні елементи, тренінгові вправи та індивідуальне консультування, що дозволяло адаптувати процес до різного рівня готовності ветеранів до взаємодії та поступово залучати їх у психосоціальну роботу (Додаток Б).

Сесія 1. Вступна та ознайомча.

Мета: створення безпечного середовища, ознайомлення з програмою та її цілями, встановлення правил взаємодії.

Методи: інтро-гра для знайомства учасників, презентація структури програми, обговорення очікувань і побоювань.

Результат: формування початкового рівня довіри, готовності брати участь у групових заходах.

Сесія 2. Ознайомлення з психологічною стійкістю.

Мета: підвищення усвідомленості власних ресурсів та способів подолання стресу.

Методи: коротка лекція, кейс-обговорення, групова дискусія.

Результат: розуміння учасниками поняття психологічної стійкості та її складових.

Сесія 3. Когнітивна гнучкість та адаптація до змін.

Мета: розвиток здатності швидко реагувати на нові ситуації та знаходити альтернативні рішення.

Методи: рольові ігри, вправи на перестановку завдань, мозковий штурм у групах.

Результат: підвищення гнучкості мислення та здатності адаптуватися до нових умов.

Сесія 4. Емоційно-вольова стійкість та самоконтроль.

Мета: навчитися керувати емоціями, підтримувати спокій у стресових ситуаціях.

Методи: вправи на самоспостереження, техніки релаксації, сценарні моделі стресових ситуацій.

Результат: розвиток здатності контролювати емоції та мобілізувати внутрішні ресурси.

Сесія 5. Цілеспрямованість та постановка цілей.

Мета: формування навичок визначення пріоритетів і досягнення поставлених завдань.

Методи: індивідуальні вправи з постановки цілей, SMART-метод, групове обговорення досягнень.

Результат: підвищення мотивації та здатності ефективно планувати свої дії.

Сесія 6. Навички ефективної взаємодії та командної роботи.

Мета: розвиток комунікативних навичок, довіри до інших учасників і фахівців.

Методи: командні вправи, обговорення кейсів конфліктних ситуацій, вправи на активне слухання.

Результат: зміцнення соціальної взаємодії, підвищення відкритості та довіри.

Сесія 7. Пошук і використання соціальної підтримки.

Мета: навчитися розпізнавати ресурси соціальної підтримки та ефективно ними користуватися.

Методи: рольові ігри, вправи на обмін досвідом, індивідуальні консультації.

Результат: підвищення готовності звертатися за допомогою та активно використовувати соціальні ресурси.

Сесія 8. Подолання стресових ситуацій та копінг-стратегії.

Мета: формування навичок конструктивного реагування на стрес та конфлікти.

Методи: вправи на пряме вирішення проблем, симуляції стресових сценаріїв, групова рефлексія.

Результат: розвиток ефективних стратегій подолання стресу та зниження деструктивних реакцій.

Сесія 9. Рефлексія особистісних ресурсів та мотивація до змін.

Мета: усвідомлення власних досягнень, сильних сторін і сфер для розвитку.

Методи: ведення щоденників рефлексії, групове обговорення, індивідуальні вправи на самоспостереження.

Результат: посилення внутрішньої мотивації, формування позитивного ставлення до власного розвитку.

Сесія 10. Підсумкова та інтеграційна.

Мета: закріплення отриманих навичок, оцінка прогресу та планування подальшого розвитку.

Методи: інтеграційні вправи, підсумкова рефлексія, обговорення досягнутих результатів, визначення індивідуальних стратегій подальшої підтримки.

Результат: узагальнення знань та навичок, формування стійкого базису для самостійного застосування отриманих компетенцій.

Програма впроваджувалася У ЕГ поступово, з урахуванням різного рівня готовності ветеранів до участі у групових та індивідуальних заходах. На початкових сесіях більшість учасників демонструвала певну скованість та обережність. Наприклад, під час першої зустрічі деякі ветерани уникали активного спілкування, спостерігали за іншими учасниками і реагували на вправи стримано, що свідчило про потребу у формуванні довіри та безпечного середовища. Водночас частина групи активно долучалася до інтро-ігор та обговорень, швидко встановлюючи контакт із психологом та іншими учасниками.

У ході сесій, спрямованих на розвиток когнітивної гнучкості та адаптації до змін, ветерани почали проявляти більшу ініціативність у пошуку нестандартних рішень та пропонувати власні варіанти виконання завдань. Наприклад, під час вправи на вибір альтернативних рішень у кризових ситуаціях один із учасників запропонував нестандартний підхід до організації командної роботи, який потім обговорювала вся група. Такі активності сприяли підвищенню впевненості у власних здібностях та демонстрували прогрес у розвитку когнітивних навичок.

Сесії, присвячені емоційно-вольовій стійкості та самоконтролю, показали різні рівні емоційного реагування учасників. Деякі ветерани швидко засвоювали техніки релаксації та ефективно застосовували їх під час стресових сценаріїв. Інші ж, особливо на початку тренінгу, демонстрували напруження, ускладнене емоційне реагування або труднощі у самоконтролі. Наприклад, під час моделювання конфліктних ситуацій один учасник емоційно реагував на критику іншого, проте під керівництвом психолога зміг скорегувати поведінку та конструктивно завершити вправу.

Блоки, присвячені соціально-комунікативним навичкам, активно стимулювали розвиток довіри та відкритості у спілкуванні. Учасники поступово почали ділитися особистими переживаннями та досвідом, обговорювати труднощі адаптації після служби. Наприклад, під час вправи «коло довіри» декілька ветеранів розповіли про власні страхи та переживання, отримавши підтримку від групи. Такі ситуації сприяли формуванню стабільного терапевтичного альянсу та підвищенню мотивації до активної участі у програмі.

Мотиваційно-рефлексивний блок стимулював саморефлексію та оцінку власних ресурсів. Учасники вели щоденники досягнень та обговорювали особисті цілі у групі. Наприклад, один ветеран зазначив, що завдяки вправам на постановку цілей він почав планувати щоденні активності для покращення власного самопочуття та контролю емоцій. Інші учасники активно ділилися власними стратегіями подолання труднощів, що стимулювало обмін досвідом і посилювало групову підтримку.

Завершальні сесії програми показали помітний прогрес у поведінці та взаємодії учасників. Більшість ветеранів демонструвала підвищену відкритість, впевненість у власних силах та активну участь у командних вправах. Наприклад, під час інтеграційної гри на прийняття рішень у складних ситуаціях група працювала узгоджено, прислухаючись до пропозицій кожного учасника та ефективно координуючи дії. Це свідчило про закріплення отриманих навичок саморегуляції, адаптації, комунікації та готовності до змін у реальних життєвих умовах.

Ефективність програми психосоціальної підтримки оцінювалася за допомогою порівняння показників психологічної стійкості, життєстійкості та особистісної готовності до змін ветеранів до та після проходження циклу сесій. Для цього проводилися повторні тестування із використанням тих самих методик, що застосовувалися на етапі первинного оцінювання, що дозволило відстежити динаміку розвитку ключових психологічних ресурсів. Окрім аналізу змін у середніх показниках, здійснювався кореляційний аналіз, який дозволяв виявити взаємозв’язок між рівнем активності ветеранів під час участі у програмі та позитивними змінами.

Таким чином, розроблена програма психосоціальної підтримки забезпечує комплексний вплив на психологічні, мотиваційні та соціальні аспекти адаптації ветеранів, сприяючи формуванню стійких навичок саморегуляції, розвитку когнітивної гнучкості та здатності ефективно взаємодіяти в соціальному середовищі. Програма стимулює внутрішню мотивацію до змін, зміцнює впевненість у власних силах та сприяє підвищенню рівня психологічної стійкості. Завдяки поетапному та індивідуалізованому підходу, вона дозволяє ветеранам поступово долати емоційні бар’єри, відкриватися до підтримки фахівців і активно включатися у процес соціальної та професійної адаптації.

3.4 Оцінка ефективності програми та аналіз результатів експерименту

Оцінка ефективності розробленої програми психосоціальної підтримки ветеранів здійснювалася шляхом порівняння у ЕГ та КГ показників психологічної стійкості, життєстійкості, готовності до змін та використання копінг-стратегій на етапі первинного та підсумкового обстеження. Первинне діагностування дозволило визначити базові психоемоційні показники, сформувати індивідуальні профілі.

1. Шкала психологічної стійкості Коннор–Девіс.

Повторне обстеження виявило суттєве підвищення психологічної стійкості у ветеранів експериментальної групи. Загальний середній бал зріс із 68,2 до 74,5, однак особливо значущі зміни відбулися у розподілі рівнів стійкості. Кількість ветеранів із високим рівнем психологічної стійкості збільшилася з 25,0% до 50,0%, тобто приріст склав +25,0%. Водночас частка ветеранів із низьким рівнем зменшилася з 33,3% до 12,5%, що вказує на помітне зниження проявів емоційної виснаженості та нестабільності.

Порівняно з первинним діагностуванням, найбільш виражене покращення в ЕГ спостерігалося у показниках внутрішньої витривалості. Так, кількість ветеранів із достатньо сформованою внутрішньою витривалістю зросла з 16,7% до 41,7% (+25,0%), що свідчить про зміцнення здатності протистояти стресу та долати труднощі. Показники високого рівня цілеспрямованости та самоконтролю підвищилися з 20,8% до 41,7% (+20,9%), що підтверджує формування більш стабільної емоційної поведінки, зменшення імпульсивних реакцій та підвищення керованості власним станом.

Покращення відзначено й у сфері когнітивної гнучкості – кількість ветеранів ЕГ, які продемонстрували достатню здатність адаптуватися до змін та обирати ефективні стратегії реагування, зросла з 29,2% до 45,7% (+16,5%). Це свідчить про те, що після психокорекційної програми ветерани стали легше перемикатися між способами подолання труднощів, краще розуміти власні реакції та конструктивніше атакувати проблеми.

У контрольній групі таких значущих змін не спостерігалося: середній показник підвищився лише з 68,4 до 69,0, а частка ветеранів із середнім рівнем стійкості зросла лише з 45,8% до 50,0 % (+4,2 %) та відповідно знизилася частка ветеранів з низьким рівнем, що статистично незначуще.

Порівняльний аналіз динаміки в експериментальній та контрольній групах переконливо демонструє ефективність проведеної програми психосоціальної підтримки. На відміну від контрольної групи, де зміни були мінімальними, в ЕГ відбулося істотне підвищення психологічної стійкості за всіма компонентами. Зростання частки ветеранів із високими показниками в ЕГ суттєво перевищує незначні коливання у КГ. Одночасно зменшення низьких рівнів у ЕГ контрастує зі збереженням низьких значень у КГ. Таким чином, програма продемонструвала виражений позитивний вплив на витривалість, цілеспрямованість, самоконтроль і адаптивність ветеранів, що підтверджує її значущість у контексті психологічної реабілітації.

2. Повторне оцінювання рівня життєстійкості ветеранів за шкалою резильєнтності після проведення програми психосоціальної підтримки показало виразно різну динаміку в експериментальній та контрольній групах. У ЕГ загальний середній показник життєстійкості суттєво зріс – з 137,5 бала до 158,3 бала, що відповідає переходу до високого рівня резильєнтності та відображає зміцнення особистісних ресурсів ветеранів. У КГ приріст був мінімальним: середнє значення збільшилося лише з 139,0 до 141,2 бала, що не змінює загального рівня та може бути пов’язане з природними флуктуаціями, а не з впливом будь-яких інтервенцій.

Розподіл рівнів життєстійкості в ЕГ на повторному етапі продемонстрував суттєве посилення позитивної динаміки. Частка ветеранів із високим рівнем життєстійкості збільшилася з 33,3% (8 осіб) до 62,5% (15 осіб), тобто приріст склав +29,2%, а кількість учасників із низьким рівнем зменшилася з 20,8% (5 осіб) до 8,3% (2 осіб). Це свідчить про значне посилення стресостійкості, внутрішніх ресурсів та здатності ефективно відновлюватися після психологічного навантаження. У КГ зміни були

мінімальними й нестійкими: високий рівень зріс лише з 37,5% до 41,7% (+4,2%), середній рівень знизився з 41,7% до 37,5%, а частка учасників із низьким рівнем не змінилася (20,8%). Окремі показники навіть погіршилися, що може свідчити про зростання емоційного виснаження без спеціальної підтримки.

Аналіз компонентів життєстійкості також засвідчив виражену позитивну динаміку саме у ветеранів ЕГ. Так, високий рівень компоненту «компетентність та наполегливість» зріс із 41,7% до 70,8% (+29,1%), а частка низького рівня скоротилася більш ніж удвічі — з 20,8% до 8,3%. Показник «впевненість у власних силах та цілеспрямованість» демонструє аналогічну тенденцію: високий рівень збільшився з 33,3% до 62,5%. Значні зміни відбулися й у компоненті «внутрішня рівновага та оптимістичне сприйняття подій»: кількість ветеранів із високими показниками зросла з 29,2% до 58,3%, що відображає покращення емоційної стабільності та зниження тривожності. У КГ динаміка була здебільшого нейтральною: приріст високих рівнів у компонентах не перевищував 4,2%, а подекуди спостерігалося збільшення частки низьких показників, зокрема у сфері внутрішньої рівноваги й самовпевненості.

Сформована картина дозволяє зробити висновок, що інтенсивна програма психосоціальної підтримки сприяла істотному зміцненню життєстійкості ветеранів ЕГ, що проявилося у зростанні всіх показників шкали резильєнтності. На відміну від цього, у КГ, де спеціальні заходи не застосовувалися, зміни були мінімальними, статистично нестабільними або навіть негативними. Таким чином, порівняння результатів первинного та повторного обстеження підтверджує ефективність програми, її значущість для розвитку адаптивності, саморегуляції, оптимізму та здатності до подолання стресу у ветеранів.

3. Повторне діагностування особистісної готовності до змін за методикою PCRS показало чітко виражену позитивну динаміку в експериментальній групі та майже повну відсутність значущих змін у

контрольній групі. Середній інтегральний бал у ЕГ підвищився з 68,0 до 78,6, що свідчить про перехід до високого рівня готовності до змін та формування більшої впевненості ветеранів у власних можливостях впливати на життєві трансформації. У КГ середній показник зріс лише незначно – з 68,4 до 69,5, тобто залишився в межах середнього рівня і не демонструє реального покращення адаптаційних характеристик. Таким чином, помітний контраст між динамікою обох груп однозначно вказує на ефективність психосоціальної програми, реалізованої в ЕГ.

Структура розподілу рівнів також змінилася у різних напрямках. В ЕГ кількість ветеранів із високим рівнем готовності до змін зросла з 25,0% (6 осіб) до 58,3% (14 осіб), тобто приріст становив 33,3%. Середній рівень зменшився з 54,2% до 33,3%, а низький – з 20,8% (5 осіб) до 8,3% (2 осіб), що демонструє виразне зміцнення мотиваційно-вольових і когнітивних ресурсів. У КГ зміни виявилися мінімальними: високий рівень зріс лише з 29,2% до 33,3% (+4,1%), середній рівень залишився без змін (45,8%), тоді як низький рівень зменшився з 25,0% до 20,8%, що може бути пов’язано з природними адаптаційними коливаннями, а не цілеспрямованим впливом.

Аналіз компонентів PCRS також підтвердив суттєві зміни саме у ЕГ. Рівень когнітивної відкритості до нового зріс: високу відкритість продемонстрували вже 50,0% ветеранів ЕГ (порівняно з 25,0% на первинному етапі), тоді як у КГ цей показник не змінився. Мотиваційна готовність в ЕГ також значно покращилася: високий рівень збільшився з 20,8% до 45,8%, а частка низького рівня зменшилася майже вдвічі. У КГ мотиваційні показники також не змінилися. Особливо виразною стала позитивна динаміка емоційно-вольової гнучкості: у ЕГ частка ветеранів із високим рівнем підвищилася з 25,0% до 54,2%, що свідчить про зростання здатності протистояти стресу та адаптуватися до нових умов. У КГ зміни були мінімальними або нестійкими.

Проактивність та орієнтація на результат також продемонстрували значне зростання саме в експериментальній групі. В ЕГ високий рівень

проактивності збільшився з 25,0% до 45,8%, а орієнтація на результат – з 29,2% до 41,7%, тоді як у КГ обидва показники залишилися майже незмінними або зазнали коливань у межах 4,2%. Це вказує на те, що ветерани ЕГ стали значно більш цілеспрямованими, ініціативними та готовими до реальних практичних змін у власному житті, тоді як учасники КГ не проявили суттєвого зростання цих важливих адаптивних характеристик.

4. Повторне оцінювання копінг-стратегій за методикою SACS у ветеранів експериментальної групи засвідчило позитивні зрушення у використанні адаптивних способів подолання стресу після проведення програми психосоціальної підтримки. Найбільш виражене зростання відбулося за показниками асертивних дій та прямого розв’язання проблеми: частка ветеранів з високим рівнем асертивності зросла з 37,5% до 54,2%, а високий рівень проблемно-орієнтованої поведінки – з 33,3% до 50,0%. Водночас кількість респондентів із низькими значеннями цих стратегій скоротилася майже удвічі. Покращення також зафіксовано у сфері пошуку соціальної підтримки: частка ветеранів з високим рівнем підвищилася до 45,8%, що свідчить про зміцнення навичок соціальної взаємодії та зростання довіри до оточення. У той же час показники обережних дій демонструють підвищення усвідомленості та саморегуляції, що проявилося у зростанні кількості учасників із високим рівнем (до 45,8%). Загалом ветерани ЕГ почали значно частіше застосовувати конструктивні, цілеспрямовані та соціально підтримуючі стратегії подолання стресу.

Паралельно спостерігалося зниження інтенсивності неадаптивних копінг-стратегій у ЕГ. Частка ветеранів із високою імпульсивністю зменшилася з 37,5% до 16,7%, а високий рівень агресивних дій – з 37,5% до 20,8%. Уникання проблеми також продемонструвало тенденцію до зниження: від 29,2% до 16,7% за високим рівнем. Крім того, кількість ветеранів, схильних до маніпулятивних дій, зменшилася майже удвічі, а показники надмірної поступливості (покірливості) знизилися з 25,0% до 12,5%. Такі зміни свідчать про суттєве зростання емоційної саморегуляції, зменшення

неконструктивних реакцій на стрес та формування більш гармонійної моделі поведінки..

На відміну від ЕГ, у контрольній групі повторне обстеження показало мінімальні зміни у структурі копінг-стратегій, причому деякі показники демонструють зворотну динаміку. Частка ветеранів КГ із високим рівнем асертивності зменшилася з 41,7% до 37,5%, а показники прямого розв'язання проблеми майже не змінилися, зберігаючи структуру первинного оцінювання. Пошук соціальної підтримки також залишився майже на попередньому рівні, демонструючи лише незначні коливання у межах 1–2%. Окремі ветерани КГ продемонстрували дещо нижчу здатність до обережних дій, що виявилось у зменшенні частки учасників із високими значеннями (до 33,3%). Загалом КГ зберегла домінування адаптивних стратегій, однак покращення майже не зафіксовано, що свідчить про відсутність систематичного впливу корекційних заходів.

У сфері неадаптивних стратегій у КГ також відсутня позитивна динаміка. Частка учасників з високою імпульсивністю залишилася незмінною, тоді як уникання проблеми навіть дещо зросло (з 25,0% до 29,2%). Показники агресивних та маніпулятивних дій продемонстрували незначне збільшення частки респондентів із середнім та високим рівнями, що може свідчити про накопичення емоційного напруження за відсутності цілеспрямованої психологічної підтримки. Поступливість у КГ також демонструє стабільність або незначне збільшення у бік високих показників, що вказує на схильність до пасивної поведінки у частини ветеранів. Така динаміка підкреслює, що без спеціальної психосоціальної програми рівень конструктивних копінг-стратегій у КГ не покращується, а подекуди може навіть погіршуватися.

5. Опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії».

Обстеження експериментальної групи показало суттєве підвищення рівня довіри до психолога. Частка ветеранів з високим рівнем довіри зросла з

29,2% до 50,0%, середній рівень зменшився до 33,3%, а низький – до 16,7%. Це свідчить про формування стійкішого терапевтичного альянсу та зменшення початкової тривожності та скептичного ставлення до психосоціальної підтримки. Психологічна програма сприяла підвищенню впевненості ветеранів у компетентності фахівця та готовності відкриватися для спільної роботи над власними труднощами.

Аналіз відкритості у спілкуванні засвідчив значне покращення у ЕГ: частка учасників із високим рівнем відкритості зросла до 45,8%, середній рівень зменшився до 41,7%, а низький – до 12,5%. Це означає, що більшість ветеранів тепер здатні більш вільно обговорювати емоційно значущі теми та включатися у рефлексивну роботу. Значне зростання відкритості свідчить про ефективність застосованих психотерапевтичних і групових методик у формуванні безпечного простору для вираження емоцій.

Результати щодо готовності до активної участі демонструють аналогічну тенденцію: високий рівень мотивації підвищився з 20,8% до 45,8%, середній рівень знизився до 37,5%, а низький – до 16,7%. Більшість ветеранів ЕГ стали більш ініціативними у виконанні психологічних вправ та завдань, активніше долучаються до процесу підтримки та демонструють внутрішню мотивацію до саморозвитку. Це свідчить про підвищення внутрішніх ресурсів та формування готовності до конструктивних змін.

У контрольній групі позитивні зміни були мінімальними. Довіра до фахівця залишилася на високому рівні у 37,5% ветеранів, відкритість у спілкуванні – у 33,3%, готовність до активної участі – у 33,3%. Незначні коливання середнього та низького рівня свідчать про природну динаміку, але без суттєвого впливу корекційних заходів. Таким чином, КГ зберегла загалом стабільні показники, проте прогрес, характерний для ЕГ, відсутній, що підкреслює важливість систематичного психосоціального втручання.

Таким чином, результати повторного обстеження засвідчили високу ефективність програми психосоціальної підтримки: ветерани експериментальної групи продемонстрували суттєве підвищення

психологічної стійкості, життєстійкості, готовності до змін, а також більш активне та відкрите спілкування з психологом. Значно зросла їхня внутрішня мотивація, здатність до саморегуляції та використання адаптивних копінг-стратегій, одночасно знизилася інтенсивність неадаптивних реакцій. У контрольній групі зміни були мінімальними, що підкреслює важливість систематичного та індивідуалізованого психосоціального втручання для формування довіри, відкритості та готовності до активної участі, які є ключовими для успішної адаптації та реабілітації ветеранів.

Для підтвердження або спростування гіпотези дослідження було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном. Цей метод дозволив оцінити напрямок та ступінь лінійного зв'язку між кількісними показниками психологічного стану учасників. За допомогою аналізу було виявлено, наскільки тісно пов'язані між собою показники психологічної стійкості, мотивації до змін та використання адаптивних копінг-стратегій у ветеранів експериментальної групи.

Для обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона використовувалася стандартна формула

$$r = \frac{\sum(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X_i - \bar{X})^2} \cdot \sum(Y_i - \bar{Y})^2}$$

де:

X_i і Y_i – індивідуальні значення двох змінни; $\bar{X}$ і $\bar{Y}$ – їх середні значення. Коефіцієнт r варіюється від -1 до +1, де позитивне значення свідчить про прямий зв'язок між змінними, а негативне – про обернений.

Кореляційний аналіз проводився між трьома основними показниками: загальний бал психологічної стійкості (шкала Коннор–Девіс), інтегральний бал готовності до змін (PCRS) та рівень використання адаптивних копінг-стратегій (SACS) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Кореляція між психологічною стійкістю, готовністю до змін та адаптивними копінг-стратегіями у ветеранів ЕГ

Показник	Психологічна стійкість	Готовність до змін	Адаптивні копінг-стратегії
Психологічна стійкість	1,00	0,72**	0,68**
Готовність до змін	0,72**	1,00	0,65**
Адаптивні копінг-стратегії	0,68**	0,65**	1,00

Примітка: r – коефіцієнт кореляції Пірсона; $p < 0,01$ – статистично значущі зв'язки.

Результати проведеного кореляційного аналізу продемонстрували високу позитивну взаємозалежність між психологічною стійкістю та готовністю до змін ($r = 0,72$, $p < 0,01$). Це свідчить про те, що ветерани з більш розвиненою стійкістю мають вищий рівень мотивації до власних життєвих трансформацій та активніше прагнуть до змін у професійному, соціальному та особистісному житті. Така кореляція вказує на те, що зміцнення психологічної стійкості є ключовим фактором формування внутрішньої готовності до адаптації та саморозвитку.

Середньо-висока позитивна кореляція була також зафіксована між психологічною стійкістю та використанням адаптивних копінг-стратегій ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Це означає, що ветерани з більш високим рівнем стійкості частіше застосовують конструктивні способи подолання стресу, зокрема планування дій, пошук соціальної підтримки та асертивне вирішення проблем. Розвинена стійкість сприяє зменшенню імпульсивних та агресивних реакцій, що дозволяє ветеранам більш усвідомлено управляти своїми емоціями та поведінкою у стресових ситуаціях.

Крім того, спостерігалася позитивна кореляція між мотивацією до змін і використанням адаптивних копінг-стратегій ($r = 0,65$, $p < 0,01$), що підтверджує взаємозв'язок між готовністю діяти та ефективним застосуванням психологічних ресурсів. Ветерани, які демонструють високу мотивацію до змін, частіше звертаються до конструктивних методів подолання труднощів, активно включаються у психотерапевтичні та групові заходи та проявляють ініціативу у самопідтримці.

Загалом, отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження про те, що ефективність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою визначається рівнем розвитку їх психологічної стійкості та мотивації до змін. Високий ступінь взаємозв’язку між цими показниками підкреслює необхідність комплексного підходу у психокорекційній роботі, який одночасно зміцнює внутрішні ресурси та стимулює активну готовність до адаптації та конструктивних змін у житті.

ВИСНОВКИ

1. На підставі аналізу наукової літератури встановлено, що психосоціальна підтримка ветеранів є комплексним, інтегрованим процесом, який поєднує психологічні та соціальні ресурси з метою відновлення емоційної рівноваги, зміцнення внутрішніх адаптаційних механізмів та забезпечення успішної реінтеграції у цивільне життя. Сучасні теоретичні підходи одностайно наголошують на необхідності поєднання емоційної стабілізації з соціальним супроводом, залученням громади та індивідуалізацією допомоги з урахуванням специфіки військового травматичного досвіду.

Структурно психосоціальна підтримка включає психологічний (діагностика, психотерапія, розвиток копінг-стратегій), соціальний (відновлення зв’язків, сімейна підтримка, інтеграційні програми), матеріально-організаційний та інформаційний компоненти. Такий багаторівневий підхід визнаний міжнародними та вітчизняними стандартами як найбільш ефективний для подолання наслідків бойового стресу та формування стійкості ветеранів до нових життєвих викликів.

2. Встановлено, що участь у бойових діях спричиняє комплексні та довготривалі психологічні наслідки, які охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та соматичну сфери. Найпоширенішими є посттравматичний стресовий розлад з характерними нав’язливими спогадами, гіперзбудженням та униканням, високий рівень тривожності й депресивних станів, втрата сенсу життя та мотивації, порушення соціальної взаємодії, відчуття відчуженості від цивільного оточення. Ці прояви мають кумулятивний характер і зберігаються після демобілізації, переходячи у хронічні форми за відсутності своєчасної допомоги.

Значна частина ветеранів зазнає також психосоматичних порушень (безсоння, хронічна втома, серцево-судинні розлади), зниження

стресостійкості та дезадаптивних змін у системі цінностей, що ускладнює відновлення родинних і соціальних зв’язків та професійну реадаптацію.

3. З’ясовано, що ефективність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою визначається трьома ключовими психологічними детермінантами: рівнем довіри та відкритості у відносинах «ветеран–психолог», індивідуалізацією підходу з урахуванням особистісних особливостей та військового досвіду, ступенем сформованості психологічної стійкості та адаптивних копінг-стратегій. Довіра є основою терапевтичного альянсу і безпосередньо впливає на готовність ветерана розкривати травматичний досвід та активно залучатися до процесу відновлення.

Психологічна стійкість та конструктивні стратегії подолання стресу виступають внутрішніми ресурсами, що підвищують здатність ветерана сприймати та використовувати надану підтримку, сприяють формуванню мотивації до змін та знижують ризик вторинної травматизації. Таким чином, успішність реабілітаційних програм залежить не лише від професійної компетентності фахівця, а й від цілеспрямованого розвитку саме цих психологічних характеристик у ветеранів.

4. Первинна діагностика, проведена в експериментальній та контрольній групах показала, що більшість ветеранів мають середній рівень довіри до фахівця, відкритості у спілкуванні та готовності до активної участі у психосоціальній взаємодії. Високі показники спостерігалися лише у невеликій частки учасників, тоді як майже третина досліджуваних демонструвала низький рівень, що свідчить про наявність психологічних бар’єрів (скепсис, стигма, попередній негативний досвід). Рівень психологічної стійкості та життєстійкості також переважно середній, з помітною часткою ветеранів, що мають низькі значення за цими показниками.

Виявлено, що ветерани з вищим рівнем психологічної стійкості демонструють більшу відкритість та готовність до співпраці. Отримані дані підтвердили необхідність попередньої роботи над формуванням безпечного

терапевтичного простору та мотивації, особливо для учасників з низькими початковими показниками, оскільки саме ці фактори є важливими для подальшої ефективності реабілітаційних програм.

5. На основі теоретичного аналізу та результатів первинної діагностики була розроблена та апробована в експериментальній групі програма психосоціальної підтримки ветеранів , яка включала чотири взаємопов'язані блоки: інформаційно-пізнавальний, розвивально-тренувальний, соціально-комунікативний, мотиваційно-рефлексивний. Програма поєднувала психоосвітні елементи, інтерактивні тренінги, рольові ігри, техніки релаксації, ведення щоденників рефлексії та індивідуальне консультування, що дозволило адаптувати інтенсивність та глибину роботи до поточного рівня готовності кожного учасника.

Після завершення програми в експериментальній групі встановлено суттєве покращення за всіма ключовими показниками: зросла частка ветеранів із високим рівнем психологічної стійкості, життєстійкості та готовності до змін. Значно частіше стали використовуватись адаптивні копінг-стратегії, водночас помітно знизилась інтенсивність неадаптивних реакцій – імпульсивності, уникання та агресивності. Рівень довіри до фахівця, відкритості у спілкуванні та готовності до активної участі також відчутно підвищився. У контрольній групі, яка не проходила спеціальної програми, зміни були мінімальними або незначущими.

Кореляційний аналіз після завершення програми виявив ще більш виражені позитивні зв'язки між психологічною стійкістю, мотивацією до змін та використанням адаптивних копінг-стратегій, що остаточно підтвердило гіпотезу дослідження про те, що успішність психосоціальної підтримки ветеранів значною мірою залежить від розвитку їх психологічної стійкості та мотивації до змін.

Таким чином, мета дослідження досягнута, завдання виконані

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Скрипкін О. Г., Дейко А. Б., Поливанюк В. В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : метод. реком. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.

2. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус* 2024. Вип. 63. С. 137–141. DOI : https://doi.org/10.32782/2663- 5208.2024.63.23.

3. Баско А. В., Собакарь А. О., Миронюк С. А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. № 18 (1). С. 78-93. DOI : https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9

4. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.

5. Богучарова О. І., Ткаченко Н. В. Копінг-стратегії як фактор «позитивної» адаптації вимушених переселенців. *Вісник Дніпропетровського університету. Психологія*. 2016. Вип. 22. С. 27-36.

6. Бородайко О. П. Сучасні підходи до організації психологічної підтримки в збройних силах: зарубіжний досвід та українські реалії. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. № 5 (45). С. 1928-1939.

7. Бриндіков Ю. Л. Організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних сил України, що брали участь у бойових діях. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Педагогіка і психологія*. 2018. № 1 (15). С. 69-75.

8. Бурлакова І. А. Психологія професійного мислення, готовність до змін. Київ : Вид-во КРЦПК, 2022. 68 с.

9. Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 260 с.

10. Гаврилькевич В. К., Варвинець Л. А., Крук С. Л. Депресивні прояви у військовослужбовців: огляд літератури. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2024. № 2 (4). С. 91-98.

11. Ганаба С. О., Бурбела С. В. Домінантні копінг-стратегії учасників бойових дій, які повернулися до реалій мирного життя. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2024. № 2. С. 34-40. DOI : https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-5.

12. Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Львів: Вид-во «Скриня», 2015. 68 с.

13. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

14. Готич В. О. Resiliens, hardiness, психологічна стійкість, життєстійкість : порівняльний аналіз понять у соціально-психологічних дослідженнях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2023. Т. 34 (73), № 3. URL : https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/3_2023/2.pdf.

15. Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2010. № 4. С. 188-199.

16. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс. Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.

17. Данко А. Психосоціальна підтримка як складова державно-суспільно взаємодії в умовах воєнного стану. *Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи*. 2023. Т. 2, № 31. DOI : https://doi.org/10.32405/2413-4139-2023-2(31)-63-71/

18. Ємчук К. М. Наслідки воєнних дій як предмет досліджень юридичної психології. *Габітус*. 2025. Вип. 73. С. 280-286.

19. Життєві кризи особистості : в 2 ч. / наук. ред. : Л. В. Сохань, І. Г. Єрмаков. Київ : Наукова думка, 1998. Ч. 2. 565 с.

20. Зайцев В. В. Психологічна травма та механізми формування посттравматичного синдрому у військовослужбовців. *Психологічний журнал*. 2021. № 1. С. 33-40.

21. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

22. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.

23. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький. 2020. 125 с.

24. Кобець І. В. Соціально-психологічні підходи та принципи до створення реабілітаційних програм для ветеранів : вітчизняні й світові тенденції. *Інклюзія і суспільство*. 2025. № 2. С. 73-79.

25. Коваль Г. В., Мурашко Д. М. Основні засади реінтеграції ветеранів: досвід США. *Актуальні проблеми економіки*. 2024. № 11 (281). С. 45-56.

26. Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. *Соціальна психологія*. 2020. № 4. С. 42-51.

27. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

28. Кокун О., Пішко І., Лозінська Н. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2017. № 22. С. 143-150.

29. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. URL : https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_ stiikist _voina.pdf.

30. Костишин Е., Грицанюк В., Шевців Ю. Досвід США щодо реінтеграції ветеранів війни до цивільного життя. *Соціальна робота та соціальна освіта.* 2024. № 1 (12). С. 11-18. DOI : https://doi.org/10.31499/2618-0715.1(12).2024.305055.

31. Кудренко О. В., Афанасенко В. С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137-144.

32. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. Київ ; Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.

33. Кучеренко С. М, Хоменко Н. М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. Вип. 21. С. 66-74.

34. Лелюк М. Г. Як воїну пережити психотравму. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 25-26 жовт. 2024 р.). Київ, 2024. С .165-169.

35. Лозінська Н. С. Особливості психологічної травматизації військовослужбовців-учасників АТО : дис. … канд. псих. наук : 19.00.09. Харків, 2019. 260 с.

36. Мельник Ю. Б. Психологічне забезпечення і супровід військовослужбовців як засоби профілактики та подолання посттравматичних стресових розладів. *Posttraumatic Stress Disorder: adults, children and families in a war situation: International scientific and practical edition*. 2018. Vol. II. P. 469-480.

37. Методичні рекомендації з психосоціальної підтримки та супроводу у громадах. Особливості надання психосоціальних послуг під час війни / уклад. : С. Бужинська, Л. Кондрацька, Л. Сухарєва. URL : https://caritas.ua/wp-content/uploads/posib.pdf.

38. Молчанюк Д. А., Сняткова Т. М. Вплив бойових умов на поведінку та психоемоційний стан військовослужбовців. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 25-26 жовт. 2024 р.). Київ, 2024. С. 193-196.

39. Мул С. А. Депресії військовослужбовців в умовах правового режиму військового стану. *Технології розвитку інтелекту*. 2024. Вип. 8, № 1 (35). DOI : https://doi.org/10.31108/3.2024.8.1.11.

40. Олексієнко Б. Реадаптація учасників бойових дій: психологічний аспект. *Збірник наукових праць НАДПСУ. Психологічні науки*. 2019. № 1(121). С. 204-210.

41. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей. Рекомендації для місцевих органів влади / авт.-упоряд. : В. Климчук, Л. Царенко. Київ : ВАІТЕ, 2021. 32 с.

42. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник / за заг. ред. Н. Пророк. Київ : Вища шк., 2018. 208 с.

43. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.

44. Палієнко Т., Семигіна Т. Психосоціальна підтримка ветеранів війни та цивільних, які постраждали через збройний конфлікт. Київ : Академія, 2016. 31 с.

45. Панок В. Г. Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультування : навч. посіб. Чернівці : Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 384 с.

46. Пасько І. В., Третьякова Ю. В. Аналіз функціонування системи психологічної допомоги ветеранам у США і Великій Британії та організація комплексних заходів з охорони ментального здоров'я у Збройних Силах України. На*укові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія.* 2025. № 18. С. 76-85.

47. Плетка О. Психосоціальна підтримка підлітків, що пережили страхіття війни. Київ : Центр реадаптації та реабілітації «ЯРМІЗ», 2022. 54 с.

48. Пляка Л. Психологічна стійкість та як її досягти. *Поради психолога*. 2015. URL : https://nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2015/03/2022-psihologichna-stijkist.pdf.

49. Пов’якель Н. М. Посттравматичний стресовий розлад: сучасне розуміння, клініка, підходи до психосоціальної реабілітації. *Психологія і суспільство*. 2020. № 3. С. 50-59.

50. Повернення з війни: соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя : колективна монографія / А. Чернов та ін. Полтава : ПУЕТ, 2024. 249 с.

51. Посібник із психічного здоров’я і психосоціальної підтримки на рівні громад в умовах надзвичайної ситуації та переміщення населення / підгот. М. Ткаченко та ін. URL : https://czechia.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1681/files/inline-files/web-iom-mhpss-manual-ua_0.pdf.

52. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологія*. 2018. Вип. 1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2018_1_13.

53. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20 грудня 1991 року № 2011-XII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text.

54. Програма реінтеграції ветеранів IREX. URL : https://veteran-reintegration.in.ua/.

55. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук та ін. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 2019. 207 с.

56. Психологічний супровід воєнного та повоєнного періодів України : інформаційно-аналітичний довідник / за наук. ред. О. П. Лучанінової. Вінниця : ТВОРИ, 2025. 290 с.

57. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежнорятувальних підрозділів МНС України : монографія / О. О. Назаров та ін. Харків : Вид-во УЦЗУ, 2008. 184 с.

58. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : методичний посібник для педагогів / уклад. : С. Богданов, О. Залеська. Київ : Пульсари, 2018. 76 с.

59. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : посібник з проведення тренінгу / за заг. ред. Н. Гусак. Київ : НаУКМА, 2017. 174 с.

60. 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 / О. В. Лашко та ін. Київ : Вища шк., 2023. 38 с.

61. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А .І., Нечаєва О. О. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 23-26.

62. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни : індивідуальний та національний вимір. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. URL : https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/.

63. Сікорська Л. Б., Островська К. О., Островський І. П. Напрями психотерапевтичної роботи з депресивними переживаннями військових. *Інклюзія і суспільство*. 2023. № 1. С. 82-89.

64. Соловей О. М. Психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом. *Збірник наукових праць ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 62. С. 117-124.

65. Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона : метод. посіб. (укр. версія). Харків : ХОГОКЗ. 2025. 12 с. DOI : https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/stadnik.melnyk.3.2025.

66. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education.* 2023. Vol. 10, No. 1. P. 63-77. DOI : 10.25128/2520-6230.23.1.6.

67. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 126 с.

68. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2019.160 с.

69. Українське суспільство в умовах війни. Рік 2024 : колективна монографія / С. Дембіцький та ін. Київ : Інститут соціології НАН України, 2024. 450 с.

70. Хмелевська О. В. Психологічна підтримка військовослужбовців із симптомами ПТСР. *Військова психологія: теорія і практика*. 2020. № 1 (21). С. 36-44.

71. Чемерис О. В. Сучасні підходи до реабілітації ветеранів в Україні: психосоціальний контекст. *Соціально-психологічні дослідження*. 2022. № 4. С. 45-52.

72. Череповська Н.І. Програма психосоціальної підтримки ветеранів війни за допомогою медіапсихологічних ресурсів. *Проблеми політичної психології*. 2017. Вип. 6 (20). С. 119-132.

73. Чупат Д. Підхід «Рівний – рівному» у наданні послуг. *VeteranHub*. 2018. URL : https://surl.li/dkllwd.

74. Шапошникова І. В. Соціальна реабілітація в умовах війни: світовий досвід та проблеми України. *Проблеми сучасних трансформацій*. 2024. № 12. С. 56-69.

75. Швець А. В., Горішна О. В., Кіх А. Ю. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО. *Український журнал військової медицини*. 2021. Т. 2, № 4. С. 26-39.

76. Шевченко А. І. Психосоціальні аспекти реабілітації військовослужбовців : відновлення після травми війни. Сучасні проблеми психології. 2024. № 2. С. 56-67.

77. Adler A. B., Bliese P. D., McGurk D., Hoge C. W.. Battlemind Debriefing and Battlemind Training as Early Interventions with Soldiers Returning from Iraq: Randomization by Platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009. Vol. 77, № 5. P. 928-940.

78. Ager A., Metzler J. The Accumulating Evidence-Base Regarding Child Friendly Spaces: Policy and Practice Implications. *Intervention journal of mental health and psychosocial support in conflict affected areas*. 2022. Vol. 20, № 2 P. 188-192

79. Crawford E., Wright M. O., Masten A. Resilience and spirituality in youth. *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. 2005. P. 355-370.

80. Kobasa S. C. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982. Vol. 6. P. 165-172.

81. Maddi S. R. Hardiness Training at Illinois Bell Telephone. *Health promotion evaluation.* 1987. P. 101-115.

82. Meissner H. O. Es war mir nie zu weit : Reisen und Abenteuer in aller Welt. Munchen : Bertelsmann, 1977. 311 p.

83. Randles R., Finnegan A. Veteran help-seeking behavior for mental health issues: a systematic review. BMJ Mil Health. *Westminster Centre for Research in Veterans*. 2021. P. 99-104.

84. Wagnild G., Young H. Development and psychometric evaluation of the Resilience. Scale *Journal of nursing measurement*. 1993. № 2. P. 165-178.

ДОДАТКИ

Додаток А
Опитувальник «Відкритість та готовність ветерана до психосоціальної взаємодії»

Опитувальник розроблений з метою оцінки рівня довіри ветерана до психолога, готовності до відкритої комунікації, здатності до співпраці в процесі надання допомоги, а також внутрішньої мотивації брати участь у програмах психосоціальної підтримки. Методика ґрунтується на положеннях про терапевтичний альянс, принципах клієнт-орієнтованої взаємодії та сучасних підходах до оцінювання мотиваційної готовності до змін.

Опитувальник складається з 20 тверджень, які респондент оцінює за 5-бальною шкалою:

1 – «цілком не погоджуюсь»,

2 – «скоріше не погоджуюсь»,

3 – «важко відповісти»,

4 – «скоріше погоджуюсь»,

5 – «повністю погоджуюсь».

Опитувальник охоплює три ключові шкали:

(1) Довіра до фахівця,

(2) Відкритість у спілкуванні,

(3) Готовність до активної участі в підтримці.

Шкали можуть аналізуватися як окремо, так і в сумарному показнику.

Твердження опитувальника

Шкала 1. Довіра до фахівця

Я відчуваю, що психолог має достатню компетентність, щоб мені допомогти.

Я можу покластися на фахівця у питаннях, що стосуються мого емоційного стану.

Мені легко ділитися своїми переживаннями, коли я бачу, що мене уважно слухають.

Я вірю, що психолог ставиться до мене без упереджень.

Я впевнений, що конфіденційність моїх слів буде збережена.

Шкала 2. Відкритість до взаємодії

Я готовий чесно говорити про свої труднощі, навіть якщо це неприємно.

Мені легко описувати свої емоції та реакції.

Я можу говорити про досвід служби, якщо розумію, що це допоможе в роботі.

Я не уникаю питань психолога, навіть коли вони стосуються складних тем.

Я здатний прийняти зворотний зв’язок, навіть якщо він торкається моїх слабких сторін.

Шкала 3. Готовність до активної участі

Я прагну докладати зусиль для покращення свого психологічного стану.

Я готовий брати участь у вправах і завданнях, які пропонує фахівець.

Я усвідомлюю, що моє відновлення залежить також від моєї активності.

Я зацікавлений у тому, щоб зрозуміти свої реакції та поведінку.

Я готовий продовжувати підтримку й після завершення основної програми.

Мені важливо бачити особистий прогрес, тому я готовий працювати над собою.

Я відчуваю мотивацію змінювати ті аспекти свого життя, що заважають моїй адаптації.

Я готовий обговорювати труднощі, що виникають у процесі роботи.

Я охоче співпрацюю під час групових занять або спільної діяльності.

Я бачу сенс у психосоціальній підтримці та готовий бути її активним учасником.

Для кожної шкали підраховується сума балів окремо.

Інтерпретація (за кожною шкалою):

36–25 балів – високий рівень. Ветеран демонструє значну готовність, відкритість і сформовану довіру; висока ймовірність ефективної взаємодії та позитивної динаміки.

24–16 балів – середній рівень. Співпраця можлива, але може потребувати додаткового часу для формування безпеки й мотивації.

15–5 балів – низький рівень. Спостерігається недовіра, уникання або низька мотивація. Психологу потрібно спершу працювати над встановленням контакту, зниженням тривожності та підвищенням відчуття контролю.

Загальний інтегральний показник (сума всіх балів) може використовуватися для оцінки рівня залученості ветерана до допомоги в цілому.

Додаток Б

Програма психосоціальної підтримки ветеранів

Програма психосоціальної підтримки ветеранів впроваджується у вигляді циклу з 10 сесій тривалістю по 90 хвилин, які проводяться двічі на тиждень. Кожна сесія поєднує психоосвітні елементи, тренінгові вправи, рольові ігри та індивідуальні консультації, що дозволяє поступово залучати учасників до взаємодії, враховувати різний рівень готовності до роботи та сприяти розвитку психологічної стійкості, когнітивної гнучкості, емоційно-вольової стабільності, комунікативних навичок, навичок ефективного планування та використання соціальної підтримки. Програма передбачає рефлексію особистісних ресурсів, формування мотивації до змін і інтеграцію отриманих компетенцій у повсякденне життя, забезпечуючи комплексний вплив на психологічні, соціальні та мотиваційні аспекти адаптації ветеранів.

Цикл 1: Вступна та ознайомча сесія.

Мета: створення безпечного середовища, ознайомлення з програмою та її цілями, встановлення правил взаємодії.

Методи та вправи:

Інтро-гра «Знайомство через асоціації» – кожен учасник називає одне слово, яке описує його стан сьогодні, або своє очікування від програми.

Презентація структури програми – коротке пояснення блоків і цілей кожної сесії.

Обговорення очікувань і побоювань – учасники діляться своїми думками, фахівець формує правила безпечної взаємодії.

Результат: формування початкового рівня довіри, готовності брати участь у групових заходах, зняття частини тривожності.

Цикл 2: Ознайомлення з психологічною стійкістю.

Мета: підвищення усвідомленості власних ресурсів та способів подолання стресу.

Методи та вправи:

Міні-лекція «Психологічна стійкість» – поняття, складові, приклади з реального життя.

Кейс-обговорення – групова робота з реальними ситуаціями ветеранів, пошук варіантів вирішення стресових ситуацій.

Групова дискусія «Що допомагає мені триматися» – учасники діляться власним досвідом, відбувається перший обмін ресурсами.

Результат: учасники усвідомлюють власні внутрішні ресурси та способи їх мобілізації.

Цикл 3: Когнітивна гнучкість та адаптація до змін.

Мета: розвиток здатності швидко реагувати на нові ситуації та знаходити альтернативні рішення.

Методи та вправи:

Рольові ігри «Неочікувані зміни» – учасники моделюють стресові сценарії, шукаючи кілька способів реагування.

Вправа «Перестановка завдань» – групове завдання, де потрібно швидко перебудовувати пріоритети під час зміни умов.

Мозковий штурм «Альтернативні рішення» – генерування кількох варіантів вирішення однієї проблеми.

Результат: підвищення гнучкості мислення, розвиток навичок адаптації.

Цикл 4: Емоційно-вольова стійкість та самоконтроль.

Мета: навчитися керувати емоціями, підтримувати спокій у стресових ситуаціях.

Методи та вправи:

Вправа «Сканування тіла» – техніка усвідомлення фізичних сигналів стресу.

Релаксаційні техніки «Дихання за рахунком» – відпрацювання швидких способів заспокоєння у кризових ситуаціях.

Сценарні моделі стресових ситуацій – розігрування ролей із завданням зберігати контроль над емоціями.

Результат: учасники навчились відчувати свої емоційні реакції та керувати ними.

Цикл 5: Цілеспрямованість та постановка цілей.

Мета: формування навичок визначення пріоритетів і досягнення завдань.

Методи та вправи:

Вправа «Моя мапа цілей» – учасники визначають коротко- та довгострокові цілі, обговорюють їх у групі.

SMART-метод – кожна ціль перетворюється на конкретну, вимірювану та досяжну.

Групове обговорення «Що мене мотивує» – спільне усвідомлення внутрішніх і зовнішніх джерел мотивації.

Результат: підвищення мотивації, формування навичок ефективного планування.

Цикл 6: Навички ефективної взаємодії та командної роботи.

Мета: розвиток комунікативних навичок, довіри до інших учасників і фахівців.

Методи та вправи:

Командні вправи «Переправа» та «Спільна задача» – учасники виконують завдання, які потребують кооперації.

Аналіз кейсів конфліктних ситуацій – навчання конструктивній взаємодії та пошуку компромісів.

Активне слухання та зворотний зв’язок – тренінг умінь уважно слухати та підтримувати співрозмовника.

Результат: покращення комунікації, підвищення довіри та здатності працювати в команді.

Цикл 7: Пошук і використання соціальної підтримки.

Мета: навчитися розпізнавати ресурси соціальної підтримки та ефективно ними користуватися.

Методи та вправи:

Рольові ігри «Звернення за допомогою» – моделювання ситуацій, де потрібно просити підтримку.

Обмін досвідом «Мій ресурс» – учасники діляться прикладами ефективної соціальної взаємодії.

Індивідуальні консультації – робота з особистими соціальними бар'єрами.

Результат: підвищення готовності шукати та використовувати соціальну підтримку.

Цикл 8: Подолання стресових ситуацій та копінг-стратегії.

Мета: формування навичок конструктивного реагування на стрес та конфлікти.

Методи та вправи:

Вправа «Мій план дій у стресі» – учасники складають персональний алгоритм реагування на стрес.

Симуляції стресових сценаріїв – робота в парах або групах над реалістичними стресовими ситуаціями.

Групова рефлексія – обговорення емоцій, реакцій та ефективності використаних стратегій.

Результат: розвиток конструктивних стратегій подолання стресу.

Цикл 9: Рефлексія особистісних ресурсів та мотивація до змін.

Мета: усвідомлення власних досягнень, сильних сторін і сфер для розвитку.

Методи та вправи:

Ведення щоденників рефлексії – учасники записують свої успіхи та емоційні реакції.

Групове обговорення «Що я досяг за ці сесії» – обмін враженнями та оцінка прогресу.

Індивідуальні вправи на самоспостереження – аналіз власних ресурсів та зон для розвитку.

Результат: посилення внутрішньої мотивації, формування позитивного ставлення до змін.

Цикл 10: Підсумкова та інтеграційна сесія.

Мета: закріплення отриманих навичок, оцінка прогресу та планування подальшого розвитку.

Методи та вправи:

Інтеграційні вправи «Мій шлях» – учасники складають схему свого розвитку за час програми.

Підсумкова рефлексія – обговорення результатів та власного прогресу.

Створення індивідуальних стратегій подальшої підтримки – план дій для самостійного використання отриманих навичок.

Результат: узагальнення знань та навичок, формування стійкого базису для самостійного застосування компетенцій та інтеграції у соціальне та професійне життя.