

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н. професор

Ю. О. Асєєва

(підпис)

« ____ » _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____

(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____

(назва освітньої програми)

На тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ
УЧАСТЬ У ВОЄННИХ ДІЯХ»**

Виконавець:

здобувач 6 курсу, 6зф12 групи

факультету ЦЗФН

Гусьєва Анастасія Олександрівна

/підпис/

Науковий керівник

доцент кафедри МППП

кандидат психологічних наук, доцент

Пундєв Володимир Васильович

/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У ВОЄННИХ ДІЯХ.....	8
1.1. Психологічні наслідки участі у воєнних конфліктах: когнітивні, емоційні та соціальні трансформації особистості.....	8
1.2. Теоретичні підходи до психологічної реабілітації в контексті стресу та психотравмуючого досвіду.....	13
1.3. Роль соціальної підтримки та соціально-психологічних факторів у процесі відновлення особистості після участі у бойових діях.....	23
1.4. Закордонний та вітчизняний досвід психологічної реабілітації військових	30
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ УЧАСТІ У ВОЄННИХ ДІЯХ.....	37
2.1. Методологічні основи дослідження: підходи, принципи та обґрунтування вибору методів.....	37
2.2. Організація та проведення дослідження психологічного стану переселенців.....	44
2.3. Психодіагностичні методики для оцінки психологічного стану учасників бойових дій.....	48
Висновки до другого розділу.....	55
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	56
3.1. Аналіз отриманих результатів.....	56

3.2. Оцінка ефективності існуючих реабілітаційних програм в Україні та за кордоном.....	65
3.3 Рекомендації та інтеграція сучасних практик.....	73
Висновки до третього розділу.....	78
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна суттєво підвищила потребу військовослужбовців і ветеранів у психологічній допомозі та реабілітації. До традиційних викликів – пережиті травматичні події, втрати, поранення, повторна адаптація до мирного життя – додаються довготривалі фактори стресу: невизначеність безпекової ситуації, економічні коливання, вимушені переміщення сімей, ускладнена зайнятість. Це формує комплексний запит не лише на окремі терапевтичні втручання, а на цілісний маршрут реабілітації: від своєчасного скринінгу та доступу до допомоги до підтримувальних заходів після завершення інтенсивної фази лікування.

В українських умовах бар'єрами лишаються фрагментація допомоги, нерівномірність доступу та недостатня увага до супутніх станів (депресія, тривога, порушення сну, хронічний біль) і сімейного контексту. Потрібні стандартизовані етапи маршруту, чіткі правила переходів між ними й єдиний пакет оцінювання результатів – аби дисципліна процесу так само впливала на підсумки, як і зміст втручань.

Об'єкт дослідження – психологічна реабілітація осіб, які брали участь у бойових діях.

Предмет дослідження – динаміка посттравматичної, депресивної, тривожної симптоматики та порушень сну в рамках організованої програми допомоги й організаційні чинники, що впливають на її ефективність.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність структурованого маршруту психологічної реабілітації для ветеранів/військовослужбовців і визначити умови, які підсилюють або послаблюють терапевтичний ефект.

Для досягнення мети поставлено **завдання**:

- висвітлити сучасні теоретико-методологічні підходи до реабілітації;

- конкретизувати організаційні елементи маршрутизації та етики надання допомоги;
- обґрунтувати вибір інструментарію для скринінгу й моніторингу;
- описати вибірку та умови проведення емпіричного дослідження;
- виміряти базовий психометричний профіль учасників;
- оцінити зміни показників після курсу допомоги та у відстроченій точці;
- сформулювати практичні рекомендації для впровадження.

Методи дослідження. Теоретичну основу становлять біопсихосоціальна модель відновлення, системний і порівняльний підходи, аналіз і синтез сучасних джерел із психології травми та організації реабілітаційних сервісів.

Дослідження має формат «до–після» з подальшою перевіркою. Використано чотири поширені опитувальники: PCL-5 (ПТСР), PHQ-9, GAD-7, ISI. Вимірювання зроблено тричі: на старті, по завершенні курсу та через певний інтервал. Порівняно показники між усіма трьома моментами, підраховано, наскільки саме вони змінилися, і перевірено вплив пропусків.

Вибірка досліджуваних. У дослідженні взяли участь 56 осіб із підтвердженим бойовим досвідом, сформованих через профільні заклади психологічної допомоги та ветеранські спільноти. Дотримано критерії включення/виключення, інформовану згоду, конфіденційність і мінімізацію ризиків. Вибірка представлена переважно молодим і середнім дорослим віком; більшість – чоловіки, також представлені жінки-військовослужбовиці.

Аналіз досліджень та публікацій. Робота спирається на систематичні й скопінг-огляди, що узагальнюють ефективність програм із фокусом на травмі та роботу з її наслідками, на клінічні настанови зі стандартами оцінювання й моніторингу результатів, на рандомізовані та контрольовані дослідження протоколів для ветеранів, які показують стійке зниження симптомів і поліпшення функціонування, а також на організаційні джерела про архітектуру сервісів – маршрутизацію, міждисциплінарну взаємодію, правила переходів – і на українські контекстні документи, що задають потреби та

рамки впровадження. У полі травмофокусованих підходів центральними залишаються праці Кендіс Монсон, Полі Шнурр, Патриції Резік, Едни Фoa та Барбари Ротбаум, де послідовно демонструється користь пролонгованої експозиції та когнітивно-процесуальної терапії для ветеранів. Когнітивну логіку підтримання симптомів і мішені втручань окреслюють Анке Елерс і Девід Кларк, що допомагає точніше поєднувати роботу з думками й поведінкою. У блоці сну значущим є внесок Коліна Еспі, чий підходи до КПТ-і підсилюють загальний реабілітаційний ефект. Проблематику моральної травми систематизує Джонатан Шей, а зв'язки провини і сорому з ризиками для здоров'я та функціонування описує Шіра Магуен. Роль щоденної емоційної регуляції у відновленні підтверджують дослідження Томаса Нейлана, Джеймса Гросса та Бет Коен. На рівні сервісних стандартів орієнтир задають огляди й настанови VA/DoD і NICE, а узагальнювальні роботи Метью Фрідмана допомагають звести клінічні рішення з організаційними вимогами. Окреме місце займає напрацьований підхід Франсін Шапіро, який розширює доказову базу поряд із TF-CBT і застосовується там, де він покращує прийнятність і дотримання. Разом ці джерела формують практичну рамку для маршрутизації допомоги, вибору інструментів оцінювання та планування командної роботи в українських умовах.

Практичне значення дослідження полягає у формуванні робочого комплексу для впровадження в ветеранських сервісах: стандартизований маршрут (точки входу, контрольні точки, ескаляція/деескаляція допомоги), єдиний пакет оцінювання з порогоми для клінічного реагування, етичні запобіжники й стандарти документування, а також рекомендації щодо навчання й супервізії фахівців.

Апробація дослідження. Основні положення та підходи викладено у двох авторських публікаціях: «Телепсихологічна реабілітація ветеранів: систематизований огляд ефективності та рекомендації до впровадження в Україні» – узагальнює дані клінічних досліджень щодо результативності програм і пропонує моделі впровадження та моніторингу; «Етика та безпека

дистанційної роботи з ветеранами у воєнних умовах» – дає прикладну етичну й безпекову рамку. Результати дослідження прийнято до друку та будуть презентовані у виданні «Науковий студентський вісник», 2025. п11.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Основний обсяг кваліфікаційної роботи становить 82 сторінок, робота проілюстрована 10 малюнками та 3 таблицями. Список використаних джерел містить 120 найменування.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У ВОЄННИХ ДІЯХ

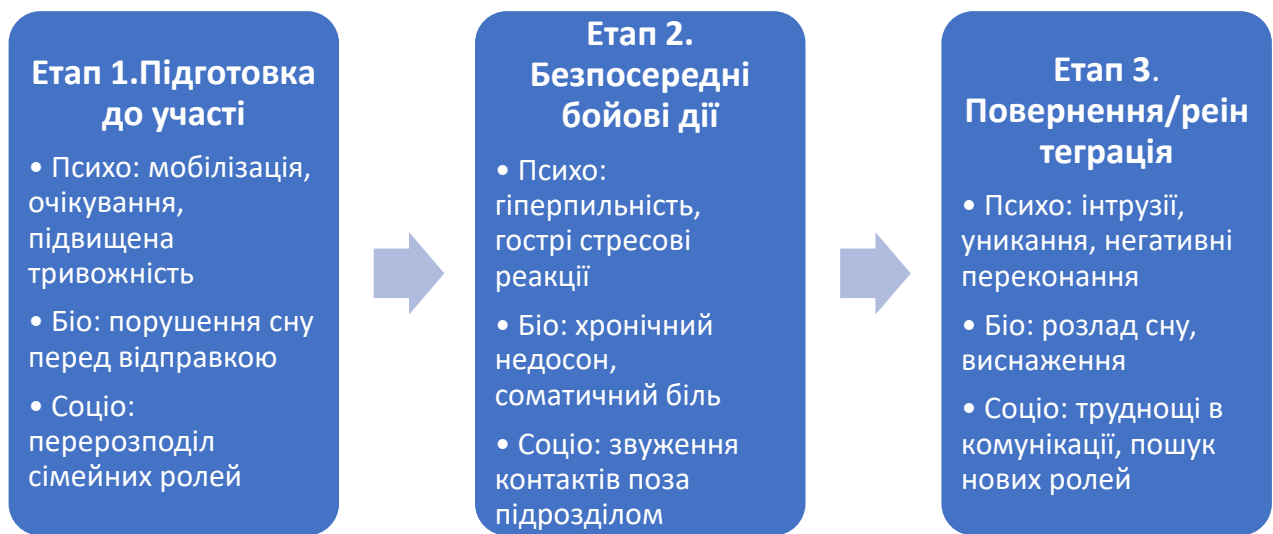
1.1. Психологічні наслідки участі у воєнних конфліктах: когнітивні, емоційні та соціальні трансформації особистості

Психологічний портрет військовослужбовця зазнає значних змін залежно від етапу його участі у військовій діяльності – до, під час та після бойових дій. На етапі підготовки до участі у бойових діях особистість військовослужбовця перебуває у стані формування та зміцнення мотиваційних, емоційних і когнітивних особливостей. У цей період, зазвичай, спостерігається високий рівень мотивації, пов'язаний із патріотичними переконаннями, бажанням захищати державу, довірою до командування та впевненістю у власних силах. Емоційний стан військовослужбовця здебільшого стабільний, однак можуть спостерігатися легкі прояви тривоги, пов'язані з очікуванням невідомого. Когнітивна сфера зосереджена на опануванні знань і навичок для ефективного виконання службових завдань. У цей час також активно формується згуртованість підрозділу, взаємна підтримка між побратимами, що слугує основою для майбутньої командної взаємодії [1, с. 8]. Як зазначено у методичних рекомендаціях щодо психологічного вивчення особового складу, на цьому етапі важливо виявити осіб із підвищеним ризиком до стресових розладів та сформувати для них додаткову систему підтримки [2, с. 5].

Участь у бойових діях впливає не лише на здоров'я, а й на повсякденне функціонування та соціальні ролі людини. Повернення до мирного життя часто супроводжується стійкими психологічними наслідками.

Період безпосередньої участі у бойових діях є найінтенсивнішим у плані психологічного навантаження. Психіка військовослужбовця перебуває в стані постійного мобілізаційного напруження. Від нього вимагається висока

стресостійкість, здатність приймати рішення у змінних і небезпечних обставинах, контроль емоцій. На перший план виходить потреба в емоційній саморегуляції, яка забезпечує виживання і виконання бойових завдань. Командна підтримка, згуртованість та лояльність до побратимів у цей період мають надзвичайно велике значення. Водночас військовослужбовці нерідко стикаються із проявами психологічного виснаження, що може призводити до симптомів гострої стресової реакції або посттравматичного стресового



розладу [3, с. 104]. Візуалізація цих етапів відображена на рис. 1.1.

Рис. 1.1. Етапи служби та наслідки для військового

Джерело: укладено автором на основі: [104]

Основні психологічні порушення, зумовлені участю у війні, охоплюють широкий спектр розладів – від гострих реакцій на стрес до хронічних змін особистості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найпоширеніших наслідків бойового досвіду. Він виникає після травматичних подій і підтримується стійкими нав'язливими спогадами, униканням і гіперзбудженням. Через вплив на роботу, стосунки й повсякденне життя ПТСР задає фокус реабілітаційних втручань. [4].

Ще одним поширеним розладом є депресивний епізод або депресивний розлад, який часто супроводжує або й маскує ПТСР. У військовослужбовців після повернення з війни може з'являтися відчуття безнадії, втрата інтересу до життя, емоційна апатія, зниження самооцінки, відчуття провини за пережиті події або за втрату побратимів. Часто саме депресивні симптоми можуть бути причиною соціальної ізоляції, агресивних реакцій або навіть суїцидальної поведінки, до 20% ветеранів бойових дій мають симптоми клінічної депресії. Також спостерігається тривожний розлад, який може проявлятися у вигляді генералізованої тривожності, панічних атак або соціальної тривожності. Постійна напруга, настороженість, відчуття небезпеки навіть у безпечних умовах свідчать про дезадаптивну реакцію нервової системи на пережитий стрес [5, с. 2-4].

Окрему групу становлять психосоматичні розлади, коли психологічне напруження трансформується у тілесні симптоми: хронічний біль, головні болі, порушення сну, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні симптоми. Часто ці стани мають невизначену медичну причину, однак суттєво порушують повсякденне функціонування [6].

В умовах тривалого перебування в бойовій обстановці можливий розвиток адиктивної поведінки, зокрема зловживання алкоголем, транквілізаторами чи іншими психоактивними речовинами. Такі стани часто розглядаються як спроба «самолікування» - тимчасового полегшення симптомів тривоги, безсоння чи депресії.

Крім зазначених розладів, військові можуть проявляти ознаки розладів адаптації, що супроводжуються відчуттям дезорієнтації у мирному житті, втрати ідентичності, конфліктами у родині або на роботі. Такі труднощі часто виникають через різке зіткнення військової ідентичності з новими соціальними ролями, що вимагають зовсім інших навичок та моделей поведінки [7, с. 11-12]. Травми також стосуються і когнітивних змін, які переживають військовослужбовці внаслідок бойових дій. Вони стосуються функціонування вищих психічних процесів, таких як увага, пам'ять, мислення,

сприйняття, і можуть суттєво впливати на здатність особистості адаптуватися до мирного життя, підтримувати соціальні зв'язки, виконувати професійні обов'язки та будувати плани на майбутнє [8, с. 512].

Найчастішими когнітивними проблемами у ветеранів є труднощі з утриманням і спрямуванням уваги: через хронічну гіпернастороженість мозок “сканує” середовище й легко відволікається навіть на слабкі стимули, що проявляється швидкою втомлюваністю, розсіяністю та нездатністю довести завдання до кінця. Поряд із цим спостерігається погіршення короточасної та робочої пам'яті – ветерани скаржаться на складнощі із запам'ятовуванням нової інформації та відтворенням недавніх подій, тоді як довготривалі емоційні спогади, навпаки, можуть нав'язливо “спливати” у вигляді флешбеків або нічних кошмарів. На нейробіологічному рівні ці порушення пов'язані з гіперактивністю лімбічної системи (амигдали) та ослабленою регуляторною функцією префронтальної кори, що корелює з підвищеною імпульсивністю, “чорно-білим” мисленням і схильністю до катастрофічних висновків. Додатково, легкі черепно-мозкові травми поглиблюють дефіцити пам'яті та прийняття рішень, підвищуючи суб'єктивний стрес і функціональні втрати [9].

У ветеранів найчастіше відзначають три взаємопов'язані емоційні стани – патологічну тривожність, депресію та емоційне вигорання [10].

- Підвищена тривожність і гіпернастороженість ускладнюють концентрацію та посилюють уникання, підпираючи симптоми ПТСР.
- Хронічне зниження настрою, анедонія, провинна й іноді суїцидальні думки. Депресія знижує мотивацію до лікування та ускладнює повернення до сімейних і професійних ролей.
- Емоційне вигорання проявляється виснаженням і цинізмом, підсилюючи ізоляцію та знижуючи участь у відновлювальних активностях.

Після бойових дій частина ветеранів звужує коло спілкування й уникає соціальних ситуацій, де “мирні” сценарії не збігаються з бойовим досвідом. Це

проявляється відстороненням, зниженням довіри, труднощами підтримувати близькі взаємини та ризиком ізоляції. Неконтактність часто поєднується з униканням нагадувань про травму й підсилює тривогу та депресивність [11].

ПТСР – стійкий комплекс симптомів після травматичних подій, що клінічно значуще порушує повсякденне життя. Класично вирізняють чотири кластери: нав'язливі спогади й нічні жахи; уникання нагадувань і звуження соціальних контактів; гіперзбудження (гіперпильність, дратівливість, порушення сну та концентрації); негативні зміни мислення й настрою (провина, песимізм, занижена самооцінка, недовіра) [12]. У ветеранів симптоми нерідко мають відкладений початок – з'являються через місяці чи навіть роки після повернення, що ускладнює вчасну діагностику та звернення. Частими є коморбідності – депресія та зловживання психоактивними речовинами, які поглиблюють наслідки.



Рис. 1.2. Кластери симптомів ПТСР

Джерело: укладено автором на основі: [11], [12], [13]

Вказані кластери симптомів безпосередньо впливають на сон, працездатність і соціальне функціонування ветеранів. [13].

1.2. Теоретичні підходи до психологічної реабілітації в контексті стресу та психотравмуючого досвіду

Поняття «стрес» було надано наукового наповнення завдяки канадському ендокринологу Гансу Сельє, який у листі до Nature 1936 р. описав цей термін. У військовому контексті тривалий стрес збільшує ймовірність посттравматичних розладів. Окрім цього, вчений ввів поняття загального адаптаційного синдрому (ЗАС), який описує коротку мобілізацію, фазу опору та виснаження ресурсів за тривалого навантаження. Для реабілітації важливе попередження «виснаження» через своєчасні психосоціальні втручання [14].

Розуміння адаптації на основі ЗАС стало відправною точкою для подальших концепцій. Так, Пітер Стерлінг і Джозеф Еєр запровадили термін «аллостаз», підкресливши, що підтримання життєво важливих параметрів ґрунтується на активних, змінних реакціях, а не на статичному гомеостазі. [15]. Брюс Мак-Юен емпірично підтвердив цей підхід, показавши, що саме хронічна активація гормонів стресу, а не окрема подія, визначає виникнення мультидисциплінарних захворювань. Сучасна концепція алостазу доповнює ЗАС: адаптація підтримується за рахунок гнучкого «переналаштування» систем. Коли це переналаштування надто тривале, виникає «алостатичне навантаження» - мішень реабілітаційних програм [16].

Для психологічної реабілітації осіб, які брали участь у воєнних діях, теорія Сельє дає методологічну рамку: бойовий досвід є стресором, що запускає ЗАС, а хронічне «алостатичне навантаження» здатне закріпити нейроендокринні дисфункції та сприяти формуванню ПТСР, депресії чи соматичних ускладнень. Отже, реабілітаційні програми мають бути спрямовані на зниження біологічних маркерів дистресу (варіабельність серцевого ритму, рівні кортизолу), оптимальне дозування фізичних і психоемоційних навантажень та формування ефективних копінг-стратегій, які повертають стрес-відповідь у фізіологічний діапазон.

Узагальнюючи сучасні підходи принципи психологічної реабілітації ветеранів: максимально ранній початок; безперервність і наступність між медичною, психологічною, соціальною та професійною допомогою; мультидисциплінарність; індивідуалізація цілей і маршрутів; поетапність із чіткими критеріями переходу; залучення родини та спільноти [96, с. 149]. Наочно розвиток продемонстровано на рисунку 1.3.



Рис. 1.3. Еволюція моделей стресу і реабілітації

Джерело: укладено автором на основі: [96]

Для кризових умов додатково враховуємо принципи PIE/BICEPS (наближеність, негайність, очікування відновлення; нетривалість, централізованість, простота, підкріплення, стійкість). У відповідності до

типів/аспектів реабілітації далі розрізняємо психологічний, медико-психологічний, соціально-психологічний, соціально-педагогічний та акмеологічний підходи [97, с. 219]. Це дозволяє поєднати клінічні, психотерапевтичні й соціально-освітні заходи у єдину траєкторію відновлення. [96, с. 149-153]

Транзакційна модель стресу й копіngu, сформульована Річардом Лазарусом і Сьюзен Фолькман, наголошує на ролі когнітивної оцінки подій і доступних стратегій подолання. У ветеранів саме переоцінка загроз і тренування ефективних копіng-стратегій (експозиція, проблемно-орієнтовані дії, соціальна підтримка) зменшують симптоми та полегшують адаптацію [17, с. 22]. Центральним механізмом цієї взаємодії виступає когнітивна оцінка, представлена двома взаємопов'язаними процесами: первинною (визначення значущості події як загрози, втрати чи виклику) та вторинною (оцінка доступних способів подолання) [18].

Застосування моделі до бойової травми продемонструвало, що не об'єктивна тяжкість бойового досвіду, а спосіб, у який ветеран його інтерпретує, є вирішальним для формування психопатології. Дослідження ветеранів США показало, що негативна переоцінка («я безпорадний», «світ небезпечний») тісно пов'язана з тяжкістю ПТСР і супутніх дисфоричних станів; навпаки, здатність до когнітивної переоцінки (reappraisal) корелює з меншим рівнем симптомів [19]. Дані пілотного проєкту VALOR серед ветеранів В'єтнаму підтвердили, що позитивні когнітивні атрибуції військової служби опосередковано знижують функціональні втрати через вплив на рівень ПТСР, тоді як негативні атрибуції посилюють і симптоматику, і соматичні скарги [20]. Спостереження за вибіркою ветеранів із ПТСР засвідчили, що високий базовий рівень психологічної стійкості гальмує формування надлишкових посттравматичних когніцій, виступаючи буфером між бойовою травмою та клінічними проявами [21].

Однією з найдоказовіших методик є Cognitive Processing Therapy (CPT), що системно оскаржує «застряглі» переконання щодо безпеки, провини,

контролю й самоцінності. У контрольованому дослідженні з участю 60 ветеранів хронічного бойового ПТСР СРТ забезпечила клінічно значуще зменшення симптомів у 40 % учасників і достовірно перевершила лист-очікування за всіма показниками психічного здоров'я [22]. Таким чином, модифікація когнітивних оцінок виступає терапевтичним важелем, здатним знизити алостатичне навантаження й відновити адаптаційні резерви, виснажені тривалим стресом війни.

Отже, модель Лазаруса-Фолькман пропонує цілісну схему, у якій переживання бойової травми, індивідуальна інтерпретація та копінг утворюють динамічну систему. Для психореабілітації ветеранів це означає, що клінічні зусилля мають бути спрямовані не лише на контроль фізіологічних маркерів стресу, а й на реконструкцію змісту травматичного досвіду, формування ефективних копінг-ресурсів і розвиток стійкості, що разом істотно підвищує шанси на повноцінне повернення до цивільного життя.

Після проходження зони бойових дій військовий опиняється у стані затяжного біопсихосоціального стресу: надлишкове “алостатичне навантаження” підкріплюється негативними когнітивними переоцінками травми і поступово закріплюється як посттравматичний стресовий розлад або спектр пов'язаних патологій. Саме тому сучасна психологічна реабілітація ветеранів спирається на травмофокусовану психотерапію (ТФП) – групу методів, що цілеспрямовано допомагають інтегрувати бойовий досвід у біографічну пам'ять і відновити регуляцію стрес-системи [23].

На стратегічному рівні пріоритетність ТФП закріплена у двох найвпливовіших клінічних настановах. Оновлена директива VA/DoD (2023) рекомендує індивідуальну травмофокусовану терапію (Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy або EMDR) як лікування першої лінії у військових та ветеранів, ставлячи фармакотерапію на другий план [24]. Європейський орієнтир NICE NG116 після перегляду 2024 р. дійшов аналогічного висновку: дорослим з бойовою травмою слід насамперед пропонувати TF-CBT або

EMDR, а решту підходів розглядати лише у разі протипоказань або відмови пацієнта [25]. Основні елементи ТФП відображені на рисунку 1.4.

Травмофокусована психотерапія - безпечне опрацювання травматичних спогадів і корекція неадаптивних переконань у поєднанні з вимірюваною підтримкою родини, peer-мереж і медико-соціальних сервісів.		
Елементи	Методи лікування	Країни та програми
• Психоедукація, спільні цілі, інформована згода • Терапевтичний альянс і безпека (оцінка ризиків) • Експозиція / перепроживання у безпечних рамках • Когнітивна реструктуризація переконань • Домашні завдання, тренування копінг-навичок • Залучення родини, координація підтримки • Навігація та «теплий супровід» • Вимірювання результатів: PCL-5, PHQ-9, CAPS-5	• PE - Prolonged Exposure • CPT - Cognitive Processing Therapy • EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing • TF-КПТ (групова), BEPP (короткий протокол) • Телепротоколи ТФП та цифрові додатки підтримки	• США - VA/DoD TF-підходи; Whole Health; Vet-to-Vet • Велика Британія - Op COURAGE; центри Valour • Канада - OSI-кліники; мережа OSISS • Нідерланди - ARQ Centrum'45; BEPP • Німеччина - Психотравматичний центр Бундесверу; Veteranenbüro • Україна - ДЦ «Лісова Поляна»; контрактні заклади (PE/CPT/EMDR); e-Veteran

Рис. 1.4. Основні частини травмофокусованої психотерапії

Джерело: укладено автором на основі: [25]

Пролонгована експозиція (PE) та Когнітивна терапія обробки (CPT) залишаються “золотим стандартом” системи охорони здоров’я США. У рандомізованому дослідженні 916 ветеранів PE показала дещо більшу, хоч і статистично помірну, перевагу над CPT у зниженні тяжкості ПТСР; обидва методи давали клінічно значимий регрес симптоматики більше ніж у половини учасників, що свідчить про взаємодоповнюваність механізмів [26].

Узагальнений метааналіз 2024 р. підтвердив, що весь спектр травмофокусованих КБТ-підходів демонструє значно більший ефект, ніж підтримувальна або фармакологічна терапія [27].

Зростає інтерес до Narrative Exposure Therapy (NET) – короткої, структурованої реконструкції життєвої історії: метааналіз 2021 р. показав стабільне зниження ПТСР і депресії щонайменше протягом року після лікування, включно з дослідженнями на ветеранах ООН-місій та українських добровольцях [28]. Accelerated Resolution Therapy (ART), що поєднує візуалізацію та швидку сенсорну десенсибілізацію, у пілотній вибірці ветеранів продемонструвала суттєве покращення навіть у тих, хто раніше не відповідав на РЕ чи СРТ, причому курс тривав у середньому п'ять сеансів [29].

Окрему нішу займають тілесно-орієнтовані методи. Somatic Experiencing (SE), фокусуючись на інтероцептивних відчуттях, допомагає зменшувати гіперзбудження та відновлювати “відчуття безпеки у власному тілі”; якісне дослідження 2025 р. на ізраїльських ветеранах зафіксувало покращення регуляції емоцій та підвищення довіри до терапевтичного процесу, особливо серед пацієнтів, які вважали експозиційні втручання “надто різкими” [30, с. 6]. Хоча RCT-база для SE та схожих практик ще обмежена, ВООЗ у керівництві mhGAP (2023) дозволяє їх інтегрувати як допоміжні стратегії у низькоресурсних контекстах, якщо вони відповідають культурним уподобанням пацієнтів і супроводжуються моніторингом [31, с.145].

Для України, де з 2022 р. формується мережа Центрів психічного здоров'я, травматерапія пропонує практичну рамку інтеграції [32, с.143-147], [33, с. 145-147]:

- Стандартизоване навчання психологів та психіатрів за протоколами РЕ, СРТ і EMDR (мінімум 80 академічних годин + супервізія).
- Маршрутизація ветеранів: скринінг (PCL-5, PHQ-9) у сімейного лікаря та спрямування до центру ТФП протягом перших 90 днів після демобілізації.

- Теле- та мікросервіси (додатки «PTSD Coach UA», «Ветеранок») для підтримки самостійної експозиції й моніторингу симптомів між сеансами.

Особливу увагу приділено роботі з моральною травмою – переживанням провини, сорому чи зради, які не вкладаються у категорію страху. Джонатан Шей розкрив психодинамічний механізм «зруйнованого морального порядку» у ветеранів В'єтнаму; подальша систематична рев'ю VA ESP (2024) пов'язала виразність моральної травми з суїцидністю й агресією, підкресливши роль глибинної роботи із совістю, провинною та проекціями агресії [34, с. 11]

Другий напрямок – Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP), створена у Нідерландах для військових і поліції. У 16 сесіях вона інтегрує психодинамічне опрацювання значення травми з експозицією й ритуалом прощання; рандомізовані випробування показали істотне зменшення CAPS-балів та стійкий ефект у подвійних діагнозах ПТСР + депресії [35]. Поступово формується доказова база соматично-орієнтованих психодинамічних методів, зокрема Somatic Experiencing: якісне дослідження ізраїльських ветеранів засвідчило, що інкорпорація тілесних сенсацій у психодинамічний наратив підвищує толерантність до афекту й знижує гіперзбудження [36].

Клінічна специфіка військової травми полягає не лише в пережитому страху, а й у конфлікті між військовими цінностями та особистими етичними схемами. Психодинамічний фокус на трансференції та контр-трансференції дає змогу опрацювати досвід «моральної пораненості» там, де поведінкові методики інколи натрапляють на стіну сорому. Нещодавній огляд ScienceDirect описує «динамічну модель моральної травми», у якій ядро конфлікту утримується у несвідомому як об'єктний образ «зрадженого доброго Я»; терапевтична робота спрямована на відновлення інтеграції між агресивними й альтруїстичними частинами особистості [37].

У впровадженні в український контекст психодинамічний напрямок має дві переваги. По-перше, він органічно поєднується з національною психотерапевтичною школою, де сильні групово-аналітичні та

психодраматичні традиції. По-друге, він дозволяє адресувати культурно зумовлене мовчання про провину й гнів, надаючи безпечний простір для символізації.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виходить із припущення, що стійкі післявоєнні симптоми виникають не лише через первинну біологічну «стрес-вісь», а й через те, як боєць осмислює пережите й керує ним. Класична когнітивна модель пояснює, що розлад зберігається, коли травма обробляється у спосіб, що підтримує відчуття поточної загрози: поєднання катастрофічних переконань («я безпорадний») і фрагментарної пам'яті веде до тривалої фізіологічної активації та уникання [38, с. 16]. Отже, КПТ прагне одночасно змінити дисфункційні думки та поведінкові патерни, аби відновити здатність організму повертатися до алоstaticкої рівноваги.

Пріоритетність КПТ для військових підтверджена найавторитетнішими клінічними протоколами: оновлена настанова VA/DoD (2023) ідентифікує індивідуальну панель травмофокусованих КПТ-методів (Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy або інші TF-CBT протоколи) як лікування першої лінії, а фармакотерапію радить лише як допоміжну [39, с. 22]. Аналогічно, європейський стандарт NICE-NG116 після перегляду 2024 р. ставить TF-CBT та EMDR на перше місце для дорослих із бойовою травмою.

У реальному клінічному середовищі Veterans Health Administration порівняння 916 ветеранів демонструє, що Prolonged Exposure дає дещо більшу редукцію симптомів порівняно з Cognitive Processing Therapy, проте обидві методики забезпечують клінічно значиме покращення більшості учасників [40]. Додатковий аналіз свідчить: ветерани, які розпочали СРТ чи РЕ, мали нижчий подальший ризик суїциду, ніж ті, хто отримував інші психотерапії або лише підтримку.

Модифікацією індивідуальної КПТ є Cognitive-Behavioural Conjoint Therapy (CBCT), яка залучає партнера до процесу одужання. Рандомізований контрольований експеримент показав, що CBCT так само ефективно зменшує

ПТСР-симптоматику, як і РЕ, водночас істотно покращує задоволеність стосунками й знижує депресивні прояви у обох членів пари [41].

Цифрові та дистанційні рішення поступово розширюють доступ до КПТ. Оцінка великої телепсихотерапевтичної програми 2025 р. засвідчила, що понад 80 % ветеранів, які пройшли курс онлайн-КПТ, досягли надійного покращення або одужання за PCL-5 [42]. Випробування з підтримуваним додатком PTSD Coach показало, що чотири короткі сесії, інтегровані з мобільною платформою, приводили до помітнішого самозвітуваного зниження симптомів порівняно з рутинною допомогою [43]. Мобільні формати важливі для українських ветеранів, які часто мешкають у сільських районах або проходять тривалу реабілітацію поза домом.

Узагальнюючи, когнітивно-поведінковий підхід залишається наріжним каменем сучасної психореабілітації ветеранів: він спирається на чітко сформульовану модель розвитку ПТСР, підкріплений високим рівнем доказовості в клінічних настановах, доводить ефективність у великих вибірках і пропонує гнучкі формати – від індивідуальної або парної роботи до телемедицини й мобільних застосунків.

Біопсихосоціальна парадигма Енгеля виходить із системного принципу взаємозалежності біологічного, психологічного й соціального рівнів: зміни на одному відгукуються на інших [44]. Для ветеранів із тривалою нейроендокринною активацією, специфічними когнітивними оцінками досвіду та порушеннями соціальних ролей така «триєдина» оптика дає цілісний план реабілітації. На біологічному рівні провідними є нейроендокринні й нейрозапальні зсуви (гіперактивація осі ГГН, підвищений кортизол, зміни симпато-адrenalової системи) і коморбідні стани – біль, порушення сну, ЧМТ. Мета втручань – не лише купірування симптомів (фармако- й фізіотерапія), а й відновлення гомео-/алостазу через фізичну активність, нормалізацію циркадних ритмів та, за потреби, комплементарні засоби (нейро-/біофідбек, мобільні програми дихальної коерентності). Дистанційна мультикомпонентна програма Complementary & Integrative Health

у 300+ ветеранів США протягом 10 тижнів знизила показники PCL-5, болю та соціальної ізоляції [45].

Психологічний вимір охоплює реконструкцію травматичних спогадів, модифікацію дисфункційних переконань і навчання навичок емоційної саморегуляції. Тут зберігають першість травмофокусовані КБТ-протоколи, психодинамічні інсайт-орієнтовані методи й тренінги майндфулнесу, але їхня ефективність суттєво зростає, коли вони вписані у ширшу модель «цілісного здоров'я». Саме так діє ініціатива VA Whole Health: додавання до стандартної психотерапії індивідуальних планів фізичної активності, нутриціологічних консультацій і груп взаємопідтримки підвищує ймовірність ремісії ПТСР майже на третину та покращує показники суб'єктивного добробуту порівняно з рутинною допомогою [46].

Соціальний контур завершує модель, оскільки повернення з фронту майже завжди означає розрив або радикальне переформатування соціальних зв'язків. Докази свідчать, що участь у програмах, де ветерани працюють із сім'єю, ровесниками та фахівцями із профорієнтації, не лише посилює ефект психотерапії, а й зменшує ризик рецидиву симптомів та суїцидальності [47]. Світова організація охорони здоров'я у своєму Integrated Operational Framework for Mental Health (2023) прямо наголошує, що психічна допомога у кризових та післякризових умовах повинна будуватися за біопсихосоціальним принципом і включати координацію медичних, психологічних і соціальних служб у спільноті [48, с. 19].

Україна вже рухається в цьому напрямі: санаторно-реабілітаційний центр у Харківській області, що прийняв понад 2000 військовослужбовців, поєднує фізичну реабілітацію (акватерапія, світлотерапія), роботу психологів із сім'ями та соціально-побутову адаптацію; попередні дані свідчать про стабільне зниження вираженості симптомів ПТСР і депресії та покращення показників якості життя після тритижневої програми [49].

Як бачимо, біопсихосоціальна модель задає методологічний «каркас» комплексної реабілітації ветеранів: вона синтезує результати

нейроендокринних досліджень стресу, когнітивних теорій травми та соціальної інтеграції, пропонуючи цілісні міждисциплінарні втручання, що одночасно спрямовані на тіло, психіку й контекст життя колишнього воїна. Для оцінювання результатів програми використовуємо дизайн до/після з валідними шкалами: IES-R (інтенсивність вторгнень/уникання/збудження) та SCL-90-R (коморбідна симптоматика), додатково – шкалу САН (самопочуття-активність-настрій) для моніторингу короткотермінових змін. Критеріями успіху вважаємо статистично й клінічно значуще зниження за IES-R та покращення профілю за SCL-90-R і САН між базовим та підсумковим вимірами.

1.3. Роль соціальної підтримки та соціально-психологічних факторів у процесі відновлення особистості після участі у бойових діях

Повертаючись із бойових дій, військовий зіштовхується з розривом між бойовими звичками і мирними ролями; саме соціальна підтримка стає першим буфером, що полегшує повторне входження в сім'ю та громаду [50, с. 538-541].

Метааналіз досліджень після 2010 р. показав, що висока соціальна підтримка знижує ризик ПТСР, депресії й зловживання, тоді як її дефіцит – підсилює їх. «Буферний ефект» пояснює це як пом'якшення загрози через спільну інтерпретацію подій і доступ до ресурсів, що зменшує інтенсивність інтрузій та уникання [53].

Перевантажена фінансово чи емоційно сімейна система може і підтримувати, і поглиблювати проблему; за відсутності фахової допомоги невирішені конфлікти підсилюють симптоми та відкладене звернення, тому роль родини подвійна: вона здатна як стабілізувати, так і поглиблювати проблему, якщо не отримує фахової підтримки [54].

Сучасні клінічні настанови VA/DoD рекомендують інтегрувати сімейні або парні формати у лікування ветеранів. Рандомізоване дослідження порівняло Cognitive Behavioural Conjoint Therapy (CBCT) із «золотим стандартом» Prolonged Exposure і не виявило статистичної різниці у зменшенні ПТСР, але CBCT додатково поліпшила задоволеність шлюбом та знизила агресивні імпульси [55]. Додаткові дані JAMA Network Open показали, що залучення членів сім'ї підвищує ретенцію у травмофокусованих програмах на 15 % порівняно з індивідуальним форматом [56].

Для українських військових родина часто є єдиною постійною структурою підтримки. Попри те, що у 2024 р. держава спрямувала понад 350 млн дол. на програми для ветеранів і їхніх сімей, соціологічні опитування засвідчують брак доступу до саме сімейно-орієнтованих сервісів, особливо у сільських громадах [57]. У відповідь волонтерські ініціативи (Veteran Hub, «Лісова Поляна») запустили гарячі лінії та групові сімейні семінари, які вже охопили понад 70 тис. осіб [58]. Міжнародні проєкти GIZ та IOM додали компоненти сімейного консультування та профорієнтації, адже вбачають як невід'ємну частину психологічної реабілітації [59].

На старті найбільший бар'єр – стигма і страх «бути не зрозумілим». Саме ближнє коло (родина/друзі/побратими) допомагає знизити бар'єр звернення по професійну допомогу [60, 61].

Практична реалізація цього природного ресурсу варіює від неформальних зустрічей до мануалізованих програм. «Buddy-to-Buddy» – громадська ініціатива Нацгвардії США, у межах якої навчені резервісти телефонують і зустрічаються з побратимами, – продемонструвала зниження самооцінюваної стигми, депресивних симптомів і суїцидальних ідей у порівнянні з контрольними підрозділами [62]. Новіші цифрові формати також ефективні: пілот-дослідження ВА довело, що всього чотири телефонні сесії з ветераном-наставником підвищили прихильність до мобільного застосунку психічного здоров'я і зменшили вираженість стресу в первинній ланці [63]. Механізм вигоди подвійний: по-перше, спільний досвід нормалізує симптоми і знижує

сором; по-друге, нейроендокринні виміри показують, що підтримка «свого» реально послаблює реактивність осі ГГН, тобто діє як біологічний буфер.

В українських реаліях, де офіційна система все ще розгортається, роль ветеранських мереж зростає особливо різко. Звіт German Marshall Fund 2025 р. підкреслює, що саме горизонтальні об'єднання («Veteran Hub», «Побратим.UA» тощо) забезпечують найшвидший доступ до психологічних, юридичних і навчальних ресурсів та формують у громадах «безпечні простори» для демобілізованих [64, с. 10]. Опитування IREX-UVF 2024 р. показало, що участь у групах взаємодопомоги істотно знижує відчуття соціальної ізольованості й підвищує готовність користуватися клінічними послугами, причому цей ефект найбільший у селах та малих містах, де офіційні сервіси доступні фрагментарно [65, с. 9].

Після демобілізації на психічне здоров'я ветерана впливають не лише біологічні наслідки хронічного стресу і сімейно-побратимська підтримка, а й те, як його досвід інтерпретується у ширшому соціальному просторі. Символічно-інтераціоналістські дослідження показують, що внутрішня картина «я – ветеран» формується через призму очікуваних реакцій оточення: чим вищим є сприйняте суспільне визнання, тим нижчий рівень депресії та тим вищі самоефективність і задоволеність життям [66]. Натомість стигма – зовнішня («ветерани небезпечні», «усі вони з ПТСР») чи само-стигма («зі мною щось не так, якщо звернуся по допомогу») – посилює внутрішнє напруження осі ГГН, сприяє униканню та подвоює ймовірність, що боєць не звернеться по лікування.

У США ретельний аналіз 812 молодих ветеранів показав, що навіть за високої доступності медичних послуг саме побоювання осуду з боку «цивільних» стає головним бар'єром психотерапевтичної чи фармакологічної допомоги; при цьому більшість респондентів зазначали, що самі б нікого не засудили – парадокс «очікуваної стигми» [67]. Інституційний вимір проблеми підтверджує огляд мовних норм у 172 чинних наказах Пентагону: у 14 % документів виявлено формулювання, що потенційно підсилюють

стигматизацію («неспроможність служити», «ризик для підрозділу»), що корелює зі зниженим зверненням активних бійців до психологів [68].

Українські дані демонструють подібну закономірність, посилену історичними наративами про «слабкість» і «невидимі рани». Перше національне опитування щодо стигми психічних розладів зафіксувало, що кожен другий респондент пов'язує ПТСР із «небезпечністю для суспільства», а кожен третій – з «професійною непридатністю» [69, с. 24].

Публічне визнання – церемонії зустрічі, медійні історії успіху, проєкти з участю ветеранів як експертів/наставників – працює як протиотрута від стигми. У багатофакторній моделі Chicago Veterans Study позитивна суспільна оцінка служби майже нівелювала зв'язок між бойовою травмою та депресією через зростання «приватної гордості» за ідентичність [70]. Подібний ефект показали й українські дані: за дослідженням Veteran Hub (2024), учасники публічних культурних проєктів («Ветеранський променад», «Воїни світла») уже за 3 місяці мали нижчу саможигму й більшу готовність звернутися по психотерапію порівняно з контрольними групами [57]. Для практики це означає, що поряд із клінічними протоколами необхідно розгортати національні інформаційні кампанії, переглядати службові документи на предмет стигматизувальної лексики та системно залучати ветеранів у публічні ролі – від консультантів реформ до лідерів громад..

У біопсихосоціальної парадигмі травма війни – не суто медична чи психологічна проблема окремого ветерана, а виклик для всіх рівнів соціальної організації. Державні служби, система охорони здоров'я, освітні та релігійні інституції, НУО/міжнародні структури й цифрові платформи формують екосистему, в якій особисте відновлення або пришвидшується, або гальмується.

Найопрацьованішою є модель US Department of Veterans Affairs: перехід до підходу Whole Health показав, що інтеграція медичної, психологічної та соціальної допомоги (коучинг, житло, економічна стабільність) підвищує сприйняту підтримку на 33 % і задоволеність допомогою на 21 %, а також

зменшує потребу в інвазивних втручаннях при хронічному болю на 42 % [71]. Позиція ВООЗ у Integrated Operational Framework for Mental Health це підкріплює: реабілітаційні послуги мають розгортатися синхронно в медичній, соціальній і правовій площинах і координуватися на рівні громад, а не лише у спеціалізованих центрах [48, с. 38].

Без професійної спроможності базової ланки система не запуститься. Німецька агенція GIZ спільно з НаУКМА у 2024 р. розробила модулі з військової травми, які вже інтегруються у підготовку соціальних працівників і психологів по всій Україні; програма одночасно підтримує спеціалізовані гендерно чутливі МНПSS-сервіси у громадах [59].

Місія ІОМ в Україні (2024) наголошує на розбудові «соціальної інфраструктури повернення»: від моніторингу потреб до фінансування житла, працевлаштування та груп взаємодопомоги; уже охоплено 250 тис.+ ветеранів і їхніх родин [72]. Аналогічно, програма IREX Veteran Reintegration спільно з Мінветеранів запустила е-реєстр, надала \$5 млн грантів 33 локальним організаціям і сягнула 13,2 млн людей інформаційними кампаніями; цифрова екосистема швидко з'єднує ветерана з потрібною послугою – від психотерапії до ІТ-навчання [65].

Водночас донорська залежність робить систему вразливою: згорання фінансування USAID на початку 2025 р. змусило низку НУО, зокрема Veteran Hub, різко скоротити програми й перейти на краудфандинг, тимчасово залишивши частину ветеранів без супроводу [73].

Коли державна політика, підготовка кадрів, мережі НУО та цифрові сервіси працюють узгоджено, виникає «соціальний контейнер», що забезпечує безперервність опіки та відкриває нові економічні ролі. Соціологічні дані 2024 р. на вибірці українських військових із ПТСР показали: чим більше «точок дотику» з інститутами (медзаклад + центр зайнятості + ветеранський хаб), тим швидше редукуються симптоми – у 2 рази порівняно з ізольованою психотерапією [74].

Ще до того, як державна система опіки над ветеранами почала розгортатися, саме волонтерські об'єднання й громадські організації стали для демобілізованих “першою лінією психологічної оборони”. У 2014 р. вони забезпечили експрес-евакуацію з поля бою, збір ліків і перші групи взаємодопомоги; після повномасштабного вторгнення 2022 р. ця стихійна мережа переросла у розгалужений сектор, що зараз налічує понад пів тисячі проєктів різного масштабу. Місія Міжнародної організації з міграції, аналізуючи 247 таких ініціатив, показала, що 72 % їхніх послуг безпосередньо стосуються психічного здоров'я – від «гарячих ліній» та кризових чат-ботів до очних груп підтримки й арт-терапевтичних майстерень; решта забезпечує юридичний, освітній та побутовий супровід, який опосередковано знижує дистрес через вирішення нагальних життєвих проблем [58, с. 37].

Наукові дані підтверджують терапевтичну цінність peer-driven формату. систематичний огляд 101 дослідження показав середній ефект ($d \approx 0,5$) у зниженні симптомів ПТСР, депресії та суїцидальних думок, а також приріст соціальної залученості й готовності звертатися до професійних сервісів [75]. Біопсихосоціальний механізм пояснюють дві ланки: (1) спільний бойовий досвід формує високий рівень довіри й «соціальний буфер», що зменшує реактивність осі ГГН; (2) волонтерська участь повертає відчуття контролю й значущості, яке, за даними German Marshall Fund, корелює з швидшою редукцією симптомів і кращими економічними показниками протягом першого року після демобілізації.

Українські флагмани – Veteran Hub, «Побратим.UA», «TAPS-Україна», «Крила Перемоги», мережа RE:Hub та місцеві громадські простори – працюють за принципом «єдиного вікна» (прийом психолога і юриста, коворкінг, творчі групи, корпоративні вакансії, робота з родинами). У пілоті Veteran Hub чотири щотижневі групи взаємодопомоги протягом трьох місяців знизили середній бал PCL-5 на 8 пунктів ($p < 0,01$) у 182 учасників; найбільший прогрес – у сільських громадах із фрагментарними держсервісами [64]. IOM у 2025 р. в межах «Promoting Social Cohesion and Veteran

Reintegration» запустила мікрогрантове навчання 20 ветеранських організацій у 10 областях для стандартизації протоколів і налагодження маршрутизації до центрів охорони здоров'я.

Інституалізація триває: у США Peer Support Act 2025 визнає ветеранів-провідників частиною офіційної системи охорони здоров'я та фінансує їх підготовку й оплату праці [76]; в Україні експертна дискусія НІС-Україна (квітень 2025) пропонує дуальне фінансування – державне замовлення на МНПSS-послуги для волонтерських НГО + конкурсні гранти донорів, щоб уникати «провалів» підтримки [77]. Такі громадські ініціативи закривають прогалини між офіційними сервісами, родиною й побратимами, органічно вписуючись у біопсихосоціальну архітектуру реабілітації.

Вихід із зони бойових дій запускає тривале «переукладання»: біологічне відновлення (див. 1.2) і психотерапія наштовхуються на цивільні умови, до яких організм, свідомість і соціальні ролі ще не пристосовані. Систематичний огляд 2024 р. фіксує найбільшу щільність проблем у перші 12 місяців, де сильно помітні проблеми з нестабільним житлом, боргами, погіршення психічного стану; клінічно значущі ПТСР-симптоми – 23 %, депресія – 19 % [78, с. 6]. Додається «криза ідентичності»: втрата структури дня, ієрархії та «первинного племені» - підрозділу.

Найвиразніше злам у економіці. У пост-9/11 вибірках ті, хто в перші 3 місяці скористався хоча б однією програмою працевлаштування, через рік мали кращу зайнятість і нижчий дистрес, хоча близько третини не знали про ці сервіси – непоінформованість виявилася найсильнішим індикатором ризику [79]. Скопінг 2025 р. показав, що курсове навчання поліпшує не лише працевлаштування, а й емоційний стан: за 6 місяців найбільше зниження негативного афекту – у ветеранів із високими базовими ПТСР-показниками [80, 81].

В українському контексті головні бар'єри – інституційні. Опитування IREX-UVF (2024), вказало, що 47 % стикаються з бюрократією при оформленні пільг, 38 % - із браком інформації про послуги, 34 % - з

відсутністю підходящої роботи; водночас майже 60 % відзначили, що участь у громадських ініціативах забезпечила «швидкий доступ» до юр-, психо- та кар'єрної підтримки [65]. За даними German Marshall Fund, громади, де влада співпрацює з ветеранськими НУО та роботодавцями, мають удвічі нижче безробіття серед демобілізованих, ніж регіони без такої мережі [64, с. 12].

Отже, соціальна адаптація – це баланс трьох векторів: подолання структурних бар'єрів через доступні, інтегровані держ/НУО-сервіси; професійна й освітня мобільність, що відновлює економічну автономію і знижує ризики психопатології; мережі горизонтальної солідарності, які дають «мову досвіду» і біологічно пом'якшують стрес-реактивність [78; 79; 80; 81; 65; 64, с. 12].

1.4. Закордонний та вітчизняний досвід психологічної реабілітації військових

Порівняння США і Канади показує рух від «лікування хвороби» до опіки за цілісним благополуччям ветерана, коли доказові травмофокусовані психотерапії поєднуються з багаторівневим соціальним супроводом і цифровими сервісами.

У США редакція фіксує пріоритет індивідуальних травмофокусованих підходів і спільне ухвалення рішень пацієнта з терапевтом. Їх методики дають клінічне зниження симптомів, тож важлива наявність кількох опцій [27]. Паралельно впроваджено Whole Health: Після COVID-19 VA масштабувала телементальне здоров'я; огляд 2024 року не виявив відставання від очних форматів, а кожні +1% онлайн-візитів асоціювалися з -3% суїцидальних подій [82]. Ініціативи на кшталт Vet-to-Vet інтегрують наставників у екосистему Whole Health і поєднують соціальну підтримку з навігацією послуг [83].

У Канаді опіка вибудована як процес від профілактики до спеціалізованого лікування. Під час служби діє курс R2MR, що підвищує

грамотність щодо стресу і знижує стигму, що засвідчує кращу настанову до звернення по допомогу та кращу емоційну саморегуляцію [84]. Після служби працює мережа з 11 OSI-клінік із міждисциплінарними командами, очними й онлайн-форматами; у 2023/24 рр. 51% ветеранів після ≥ 8 сесій повідомили про покращення психічного здоров'я, що перевищує міжнародні бенчмарки [85]. Особлива увага – реєг-супроводу через мережу OSISS, де стратегічно це підсилюють спільний план і нова стратегія VAC 2024-25 з системним моніторингом результатів [86].

Північноамериканський досвід підказує, що ефективна система потребує

- єдиного клінічного стандарту з фокусом на травмофокусованій терапії зі збереженням вибору пацієнта;
- інтегрованої моделі «цілісного здоров'я», де медичні, психологічні та соціальні послуги доступні на одній платформі;
- широкого доступу до телементальних сервісів для віддалених громад;
- стабільно фінансованих мереж як «воріт» до професійної допомоги і зменшення стигми;
- регулярної оцінки результатів для адаптивного управління програмами.

У Британії державна служба об'єднує три рівні допомоги (рання консультація, спеціалізована терапія, кризова бригада). Перший національний аудит показав, що після восьми сеансів високої інтенсивності у ветеранів статистично зменшуються симптоми ПТСР і депресії, екстрені госпіталізації падають на 28% [87]. Клінічна робота спирається на оновлені NICE NG116, що має травмофокусовану КБТ та EMDR – втручання першого вибору, фармакотерапія - допоміжна [25].

Нідерланди роблять акцент на мануалізованих коротких протоколах та щільній співпраці Міноборони з громадським сектором. Основа – BEPP (для військових і поліції). Працюють Національний ветеранський інститут і мережа ARQ Centrum45, які забезпечують мультидисциплінарну діагностику та скринінг не лише ветерана, а й родини [88].

У Німеччині реабілітація зосереджена у військових шпиталях і Психотравматичному центрі Бундесверу. У 2020–2023 рр. проліковано тисячі службовців; інтеграція КБТ-груп і стаціонарних модулів дала позитивні ефекти у короткій і довгій перспективі, що зафіксовано у відповідях уряду до Бундестагу [89]. З 2024 р. працює Veteranenbüro як «єдине вікно» для координації соціальної, правової та психологічної допомоги. На тлі зростання запитів (амбулаторні звернення +25% за чотири роки) підсилено міжвідомчий кейс-менеджмент і неперервний моніторинг.

Для України ці приклади дають три практичні уроки. По-перше, потрібен єдиний обов'язковий клінічний стандарт для всіх рівнів допомоги, інакше ветеран «губиться» між відомствами. По-друге, ефективність зростає, коли лікування підсилюють соціальні та економічні сервіси в межах однієї екосистеми. По-третє, без сталого фінансування реєр-мереж і публічної звітності навіть найкращий протокол лишається декларацією. Коли ці умови виконано, рівень ПТСР знижується, стигма слабшає, шлях до мирного життя стає коротшим.

За одинадцять років війни Україна вибудувала багаторівневу психореабілітацію, де державні стратегії, регіональні ініціативи та волонтерський сектор поступово сходяться в спільну біопсихосоціальну систему. У січні 2025 року ухвалено Закон № 4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я», який уперше гарантує психологічну реабілітацію ветеранів як державну послугу, вводить стандарти кваліфікації та відкриває шлях до цифрових сервісів і міжвідомчої координації [90]. Національна програма ментального здоров'я «Ти як?» під спільним брендом об'єднує МОЗ, Мінсоцполітики, МОН, МВС і Мінветеранів, розгортає «центри життєстійкості» в громадах і веде анти-стигматичні кампанії; Харківщина першою підписала регіональний план із запуском 11 центрів, послугами вже скористалися понад 9 тис. людей [91].

Клінічне ядро – державний Центр «Лісова Поляна», що з 2014 року спеціалізується на бойовій психотравмі [92]. Мережа розширюється:

постанова КМУ 2024 року дала Мінветеранів бюджетний інструмент для безоплатної психологічної допомоги, охопивши також членів сімей; міністерка Юлія Лапутіна підтвердила оплату сеансів PE, CPT та EMDR у контрактних закладах усіх областей [93]. Паралельно розгортається інститут «помічника ветерана» - до 2024 року підготовлено мобільні бригади в дев'яти областях, у планах сертифікація до 15 тис. фахівців.

Волонтерський і громадський сегмент підсилює офіційну інфраструктуру там, де держава ще масштабується. Мережа Veteran Hub за десять років надала понад 30 тис. індивідуальних послуг і зафіксувала понад 48 тис. відвідувань; у 2024 році опубліковано перший всеукраїнський звіт «Шлях ветеранів і ветеранОК», що став емпіричною основою для оновлення скринінгу. Усе це вбудовано в e-Veteran і багатоканальні гарячі лінії, які швидко спрямовують запити до потрібних служб [94].

Американська, канадська, європейська й українська моделі працюють у спільній біопсихосоціальній рамці, та реалізують її по-різному, залежно від устрою, ресурсів і ролі громадянського сектору.

У Північній Америці курс задають доказові травмофокусовані підходи. У США керівництво лінію з вибором методу разом із пацієнтом; найбільше рандомізоване випробування показало невелику перевагу PE над CPT, але клінічно значуще зниження симптомів у обох групах [27]. Модель Whole Health додає до терапії коучинг і соціальні сервіси; участь пов'язана з на 42% меншою потребою в інвазивному знеболенні при хронічному болю [71]. Після пандемії телементальні сервіси не поступаються очним, а кожен додатковий відсоток онлайн-візитів асоціюється зі зниженням суїцидальних подій на 3% [82]. Програми на кшталт Vet-to-Vet вбудовують наставників у цю екосистему [83]. У Канаді вибудовано континуум «підготовка – служба – повернення»: під час служби курс R2MR знижує стигму й покращує саморегуляцію [84], після служби працює мережа OSI-клінік і сателітів; 51% пацієнтів після ≥ 8 сесій повідомили про покращення, що відповідає і перевищує цільові індикатори [85]. Peer-супровід забезпечує мережа OSISS, а результати системно

відстежують у CROMIS 2.0 [86]. Вразливості обох систем – географічні «пустелі доступу» й затримки з виплатами.

У Західній Європі рішення строкатіші. У Великій Британії Op COURAGE зібрав три рівні допомоги; після восьми інтенсивних сесій у ветеранів зменшуються симптоми ПТСР і депресії, а екстрені госпіталізації падають на 28% [87]. У 2025 році відкривається мережа Valour, а оновлені рекомендації NICE NG116 2024 року залишають TF-КПТ і EMDR першою лінією, фармакотерапію допоміжною [25]. Нідерланди спираються на короткі мануалізовані протоколи: BEPP у рандомізованих дослідженнях не гірший за альтернативи і дає швидке, приблизно за 12 тижнів, зниження ПТСР і депресії; діагностика поширюється й на сім'ю через ARQ Centrum45 та Національний ветеранський інститут [88]. У Німеччині реабілітація зосереджена у військових шпиталях і берлінському психотравматичному центрі; за 2020–2023 роки проліковано 3 598 службовців із підтвердженими стійкими ефектами, із 2024 року працює Veteranenbüro як «єдине вікно» [89]. Виклик тут – масштабування поза контуром Bundeswehr.

Закон № 4223-IX від січня 2025 року гарантує психологічну допомогу ветеранам, встановлює стандарти кваліфікації й відкриває шлях до цифрової координації [90]. Клінічне ядро – «Лісова Поляна», що спеціалізується на бойовій психотравмі, черепно-мозкових ушкодженнях і наслідках полону з інтегративним лікуванням [92]. Постанова уряду 2024 року дала Мінветеранів інструмент оплати сеансів PE, CPT та EMDR по всіх регіонах, що публічно підтверджено міністеркою Юлією Лапутіною [93]. Громадські простори на кшталт Veteran Hub закривають прогалини на місцях і під'єднані до е-сервісів, що спрощує маршрутизацію запитів [94].

Звідси робочий висновок для української системи: тримати стандарт травмофокусованих протоколів, розвивати «єдині вікна» з медичними, соціальними та економічними сервісами, стабільно фінансувати реєр-мережі й регулярно міряти результати. У такому поєднанні використовується найкраще з кожної моделі, а їхні слабкі місця згладжуються.

Висновки до 1 розділу

Психологічна реабілітація ветеранів – це не послідовність ізольованих процедур, а динамічна «екосистема одужання», у якій кожен рівень повинен резонувати з іншими. Стрес-фізіологічна рамка Сельє пояснює, чому організм демобілізованого тривалий час залишається у режимі підвищеного енергетичного споживання й гормональної гіперактивації: гомеостатичні системи втрачають гнучкість, і звичайні побутові подразники запускають реакцію, адекватну бойовому полю. Без біологічної стабілізації – нормалізації сну, варіабельності серцевого ритму, рівнів кортизолу й запальних маркерів – найкращі психотерапевтичні протоколи працюватимуть уривчасто й нестало.

Негативні посттравматичні переконання утворюють замкнене коло «загроза → гіперзбудження → уникання → закріплення загрози». Розірвати його здатна травмофокусована КПТ, що поєднує експозицію з когнітивною переоцінкою, або EMDR, де подвійний фокус уваги полегшує інтеграцію сенсорних спогадів у нарративну пам'ять. Там, де з'являються глибинні почуття провини й сорому («моральна травма»), доцільно додавати психодинамічну роботу з трансференційною безпекою й тілесно-орієнтовану модуляцію афекту. Ефективність зумовлює не «єдиний золотий метод», а комбінація підходів, налаштована на унікальний профіль травми та копію кожного воїна.

Соціальний вимір розгортається у двох площинах. Перша – мікросоціальна: родина, партнери, побратими. Підтримка близьких угамовує нейроендокринну реактивність так само відчутно, як β -блокатори чи анксиолітики, а ветеранські реєстр-мережі знімають бар'єр стигми й переводять «мову фронту» у мову цивільного середовища. Друга площина – макросоціальна: суспільне визнання й доступність інституцій. Там, де держава створює «єдині вікна» (Op COURAGE, Valour-центри, українські «центри життєстійкості») і підкріплює їх цифровою навігацією, часовий проміжок від виникнення проблеми до першого контакту з фахівцем скорочується у кілька

разів, а ризик клінічної хронізації падає майже на третину. Докази також переконують, що фінансово стабільний громадський сектор – критичний компонент: волонтерські програми покривають “сірі зони” між офіційними сервісами й забезпечують культурну чутливість допомоги.

Міжнародний порівняльний огляд підтверджує: найкраще працюють системи, де травмофокусована психотерапія закріплена нормативно, соціально-економічна підтримка й професіоналізація реєстр-мереж мають гарантоване фінансування, а результати втручань відстежуються стандартизованими інструментами (PCL-5, CAPS-5, CROMIS). Україна вже рухається у цьому напрямку: Закон № 4223-IX, програма «Ти як?», мережа Veteran Hub, електронна платформа e-Veteran та мобільні «помічники ветерана» створюють базу для безперервного маршруту допомоги. Проте залишаються задачі: масова підготовка сертифікованих терапевтів, інтеграція медичних і соціальних реєстрів у єдину систему навігації та довгострокове бюджетне «якорування» громадських ініціатив.

Отже, головний висновок розділу полягає в тому, що повернення бійця до мирного життя – це «оркестр» взаємодій: біологічна детоксикація стресу, когнітивна реконструкція змісту травми й соціальне відновлення ролей повинні звучати в унісоні. Тільки синхронне налаштування цих трьох реєстрів створює умови, за яких алостатичне навантаження поступово спадає, а ветеран здобуває не лише ремісію симптомів, а й нову, стійку ідентичність, що поєднує воєнний досвід із продуктивним, осмисленим життям у мирному суспільстві.

РОЗДІЛ II

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ УЧАСТІ У ВОЄННИХ ДІЯХ

2.1. Методологічні основи дослідження: підходи, принципи та обґрунтування вибору методів

Концептуальна основа дослідження поєднує чотири взаємодоповнювальні напрями, які дозволяють цілісно описати психологічний стан військовослужбовців після участі у воєнних діях і коректно організувати його вимірювання [112], [113], [114], [115].



Рис. 2.1. Чотири опори концепції дослідження психологічного стану
Джерело: укладено автором на основі: [112], [113], [114], [115].

Біопсихосоціальна логіка задає багаторівневий погляд на людину: біологічні реакції на стрес, психологічні прояви та соціальне оточення розглядаються як ланки одного процесу. Поряд із симптомами травматичного стресу враховується настрій, тривожність, якість сну, уживання психоактивних речовин, рівень повсякденного функціонування в родині, підрозділі та громаді.

Травма-інформований підхід формує правила взаємодії з учасниками під час збору даних і визначає межі безпечного запитування про тяжкий досвід.

Його сутність полягає у передбачуваності процедур, прозорих правилах, можливості зупинити або відкласти опитування, мінімізації деталізації травматичних подій, а також у гарантованому доступі до підтримки після завершення оцінювання. Ці принципи важливі не лише з етичних міркувань, а й для якості даних: учасник, який почувається в безпеці, точніше й повніше повідомляє про свій стан, а повторна травматизація, що спотворює відповіді, мінімізується. Травма-інформована логіка також задає структуру коротких інтерв'ю, де питання спрямовані на поточні симптоми, стратегії подолання та ресурси підтримки, а не на детальний опис травмувальних подій.

Когнітивно-поведінкова логіка слугує пояснювальною рамкою для механізмів, через які симптоми закріплюються й відтворюються. Вона підкреслює роль уникання, підвищеної настороженості, негативних автоматичних думок і жорстких переконань про небезпеку, провину або безпорадність у підтриманні сильного стресу. Саме ці ланки найчастіше першими змінюються під впливом допомоги, що робить їх придатними мішенями для оцінювання. Наприклад, зменшення уникання пов'язане з полегшенням нав'язливих спогадів, а покращення сну веде до зниження тривожності й дратівливості. Логіка механізмів дозволяє заздалегідь окреслити очікувані траєкторії поліпшення й вибрати опитувальники, чутливі саме до цих зрушень [106].

Екосистемна логіка розширює фокус від індивіда до більш широких рівнів середовища. Підрозділ, стиль командування, наявність «рівного дорівню рівному» супроводу, доступність пунктів психологічної допомоги й зрозумілі маршрути подальшого лікування формують фон, на якому відбуваються зміни. Поза фронтом до цього додаються фактори родини, зайнятості, громади та первинної ланки охорони здоров'я. Особливе значення мають періоди переходів: повернення з бойового завдання, ротація, демобілізація та перші місяці життя зі статусом учасника бойових дій. У ці «вікна вразливості» доцільно проводити скринінг, фіксувати базові показники й відстежувати динаміку. Такий підхід природно поєднується з організацією

збору даних у реалістичних місцях – у підрозділі, у пунктах психологічної допомоги, у сімейного лікаря та у ветеранських сервісах [107].

Кількісні вимірювання охоплюють основні сфери оцінки стану та дозволяють оцінювати зміни в часі. Якісні описи дають змогу зрозуміти бар'єри доступу до допомоги, характер підтримки з боку близьких і колег, індивідуальні стратегії подолання, а також досвід взаємодії з сервісами. Очікується загальна тенденція до зниження симптоматики за умови наявності допомоги; швидші зміни прогнозуються у випадках стабільного побутового середовища та підтримки найближчого оточення. Складніша та повільніша динаміка ймовірна за наявності супутніх депресивних проявів, тривалих порушень сну, наслідків легких черепно-мозкових травм або коли людина ізольована від соціальних контактів. Вимірювання проводяться в чітко визначених часових точках, інструменти підбираються під кожен сферу, а маршрути подальшої допомоги описуються заздалегідь. У підсумку отримується узгоджена система, де теорія, методи й організація роботи підтримують одне одного й відображають реальні умови служби та життя після неї.

Якість і надійність дослідження забезпечуються набором прозорих правил, які однаково стосуються добору учасників, збору даних, етики взаємодії та опрацювання результатів. Насамперед дотримується принцип наукової доброчесності: мета, завдання, критерії включення та виключення, часові «вікна» вимірювань і причини відмов або вибуття описуються заздалегідь і фіксуються у протоколах.

Використовуються інструменти, що мають відомі психологічні властивості та локально адаптовані формулювання. Адміністрування відбувається за однаковими інструкціями й у подібних умовах, щоб уникнути впливу випадкових факторів. Якщо оцінювання проводиться дистанційно, попередньо перевіряється приватність приміщення та стабільність зв'язку, а також заздалегідь узгоджується запасний канал комунікації. Для оцінки стабільності результатів у часі передбачаються проміжні вимірювання, а для

контролю технічних помилок – короткі контрольні питання, що дозволяють виявити неуважне заповнення. Перед початком аналізу даних команда перевіряє наявність пропусків і аномалій, визначає їхню причину й обирає відповідну стратегію обробки. У плані аналізу одразу зазначається, які результати є основними, а які – додатковими перевітками, і як саме коригується ризик випадкових знахідок у багатьох порівняннях.

У документах фіксується, хто саме і в який спосіб проводить опитування, де зберігаються матеріали, як кодуються відповіді, як поєднуються різні джерела інформації та як документуються відхилення від запланованого сценарію. Усі зміни протоколу зберігаються у версійному режимі, що дозволяє відстежити історію рішень. За можливості створюються знеособлені масиви, придатні для повторного аналізу, але без ознак, які можуть ідентифікувати конкретну людину.

Етична безпека є обов’язковою в усьому процесі. Інформована згода формулюється простою мовою, у ній описуються мета дослідження, процедури, потенційні ризики та способи їх мінімізації, а також підкреслюється добровільність участі. Участь або відмова від участі не впливають на службові рішення чи доступ до допомоги. Персональні дані відокремлюються від аналітичних таблиць, доступ до них обмежується колом відповідальних осіб, а носії з інформацією шифруються. У середовищі використовується принцип «мінімально необхідного інформування» командування: персоніфіковані результати не передаються, окрім випадків прямої загрози життю або коли це прямо передбачено законом і алгоритмами екстреної допомоги.

Особливу увагу приділено зниженню ризику шкідливого стресу під час оцінювання. Процедури проводяться у спокійному й приватному місці, учасник у будь-який момент може зробити паузу або завершити участь без пояснень. У разі появи кризових ознак застосовується алгоритм: експрес-скринінг ризику, коротка підтримка, перенаправлення до профільного фахівця або виклик екстрених служб, якщо це потрібно. Після опитування, що могло

викликати сильні емоції, пропонується короткий відновний інтервал і контакти служб підтримки. Для груп, які можуть бути вразливішими до навантаження (особи після полону, новобранці, люди з когнітивними труднощами), інструкції спрощуються, а темп роботи зменшується. За потреби до процесу залучається незалежний свідок згоди або законний представник.

Культурна, мовна та гендерна чутливість забезпечуються адаптованими формулюваннями й уважним доббором прикладів у запитаннях. Опитування будуються так, щоб бути зрозумілими для військовослужбовців різних спеціальностей і рівнів освіти, а також для учасників бойових дій, які вже завершили службу й мають інший розпорядок дня. Дистанційні формати робляться доступними для тих, хто проживає далеко від великих центрів, але водночас зберігають вимоги до приватності та якості зв'язку. Команда регулярно оцінює, чи не створюють обрані процедури бар'єрів для участі, і в разі потреби вносить зміни, не порушуючи логіки вимірювання [110].

У дослідженні психологічний стан розглядається як багатовимірний конструкт, що складається з кількох вимірюваних сфер. Первинною сферою є симптоматика травматичного стресу; її рівень і зміни в часі фіксуються сумарним балом та кластерами симптомів за стандартизованою шкалою. До вторинних сфер належать депресивні прояви, генералізована тривога, якість і структура сну, ризикове вживання алкоголю, суб'єктивна якість життя та індекси повсякденного функціонування. Для осіб, що повернулися до цивільного життя, окремо враховується напруженість реінтеграції (робота, навчання, сімейні ролі) та доступність підтримки в громаді. Кожна сфера вимірюється короткими опитувальниками зі сталими правилами підрахунку балів і зрозумілими категоріями тяжкості.

Основний показник – як змінюється загальний бал ПТСР від старту до контрольних вимірювань. Для клінічної інтерпретації додатково використовується категорія «респондент»: учасник відноситься до цієї категорії, коли досягає мінімально клінічно значущого поліпшення за первинною шкалою; орієнтиром є діапазон змін, який у практиці вважається

помітним для пацієнта. До вторинних результатів належать динаміка депресії та тривоги, зменшення безсоння, покращення якості життя і функціонування, а також досягнення ремісії за заздалегідь визначеними критеріями.

Окремо враховуємо чинники, які можуть посилювати або послаблювати вплив допомоги на результат. До них належать суб'єктивна соціальна підтримка, наявність хронічних порушень сну, ризикове вживання алкоголю, інтенсивність бойового досвіду, час від останньої ротації чи демобілізації, доступність сервісів у місці проживання, а також базові соціально-демографічні характеристики. Для учасників бойових дій, що вже не перебувають на передовій, додаються маркери цивільної включеності: працевлаштування, навчання, регулярність контактів із сімейним лікарем та звернень до ветеранських сервісів. Частина цих змінних може виконувати роль медіаторів; зокрема, припускається, що поліпшення сну частково посередковує зниження симптомів травматичного стресу [45].

Припущення формулюються на двох рівнях. На рівні динаміки стану очікується статистично й значуще зниження первинного показника в контрольних точках, підкріплене зростанням частки «респондентів». Передбачається, що вищий рівень соціальної підтримки та нижча напруженість реінтеграції асоціюються з більшою імовірністю досягнення клінічного поліпшення; натомість виражена проблема зі сном, високий базовий рівень депресії та інтенсивний бойовий досвід уповільнюватимуть відгук. На рівні доступу та формату, припускаємо, що дистанційні травмофокусовані втручання не гірші за очні. Додатково перевіряється прийнятність і утримання в курсі (час до першої сесії, завершення мінімально достатньої кількості сесій), з очікуваною перевагою дистанційного формату в логістично складних умовах. Для УБД поза фронтом: регулярні контакти з первинкою та ветеранськими сервісами пов'язані з кращою динамікою навіть без спеціалізованої психотерапії.

Дослідження змішане: кількісні й якісні дані збираємо паралельно та зводимо разом: кількісні та якісні дані збираються паралельно в однакові

часові вікна, проаналізовані окремо та поєднанні на етапі пояснення. Кількісна частина побудована як спостереження з повторними замірами. Вимірюємо кілька разів, від старту, потім через кілька тижнів, далі після курсу і вже через 3 місяці. Якщо є групи (очно та дистанційно), коректно порівнюємо їх, зважаючи на стартові відмінності та обсяг допомоги.

Вибір інструментів зумовлений вимогами до чутливості до змін, короткості, зрозумілості й можливості використання як очно, так і дистанційно. Для первинної симптоматики застосовується шкала з доведеною чутливістю до змін і наявними критеріями клінічного поліпшення. Депресивні та тривожні прояви вимірюються короткими опитувальниками, які дозволяють швидко ідентифікувати рівень тяжкості та потребу в додатковій оцінці; контрольний пункт щодо суїцидальних думок завжди розглядається окремо. Порушення сну фіксуються за інструментом, придатним для повторного використання з коротким інтервалом між вимірами. Ризикове вживання алкоголю оцінюється шкалою з простими порогоми. Якість життя та функціонування відображають підсумкові зміни в повсякденних ролях; для УБД додається коротка анкета реінтеграційних труднощів. Усі інструменти мають локально адаптовані формулювання або нейтральні переклади, узгоджені з практикою охорони психічного здоров'я.

Якісна частина доповнює кількісні висновки поясненнями причин різних траєкторій. Використовуються короткі напівструктуровані інтерв'ю з учасниками, які продемонстрували виражене поліпшення або, навпаки, мінімальні зміни. Обговорюються бар'єри доступу, досвід взаємодії з фахівцями, сприйняття дистанційних форматів, роль родини та підрозділу, а також особисті стратегії подолання. Транскрипти кодуються двома незалежними рецензентами за попередньо погодженою схемою; розбіжності узгоджуються до консенсусу.

2.2. Організація емпіричного дослідження: вибірка, умови, етичні аспекти

Орієнтиром є критерій покриття, а не класичний розрахунок «сили вибірки». Для кожної сфери – посттравматичні симптоми, настрій (депресія), тривожність, сон тощо – закладається мінімальний, але робочий набір: один короткий валідований інструмент із відомими порогами; чіткий поріг дії з маршрутом (самодопомога, консультація, спеціалізована допомога); уніфікована форма фіксації з короткою інструкцією для форматів. Базовий маршрут зображений на рисунку 2.2.

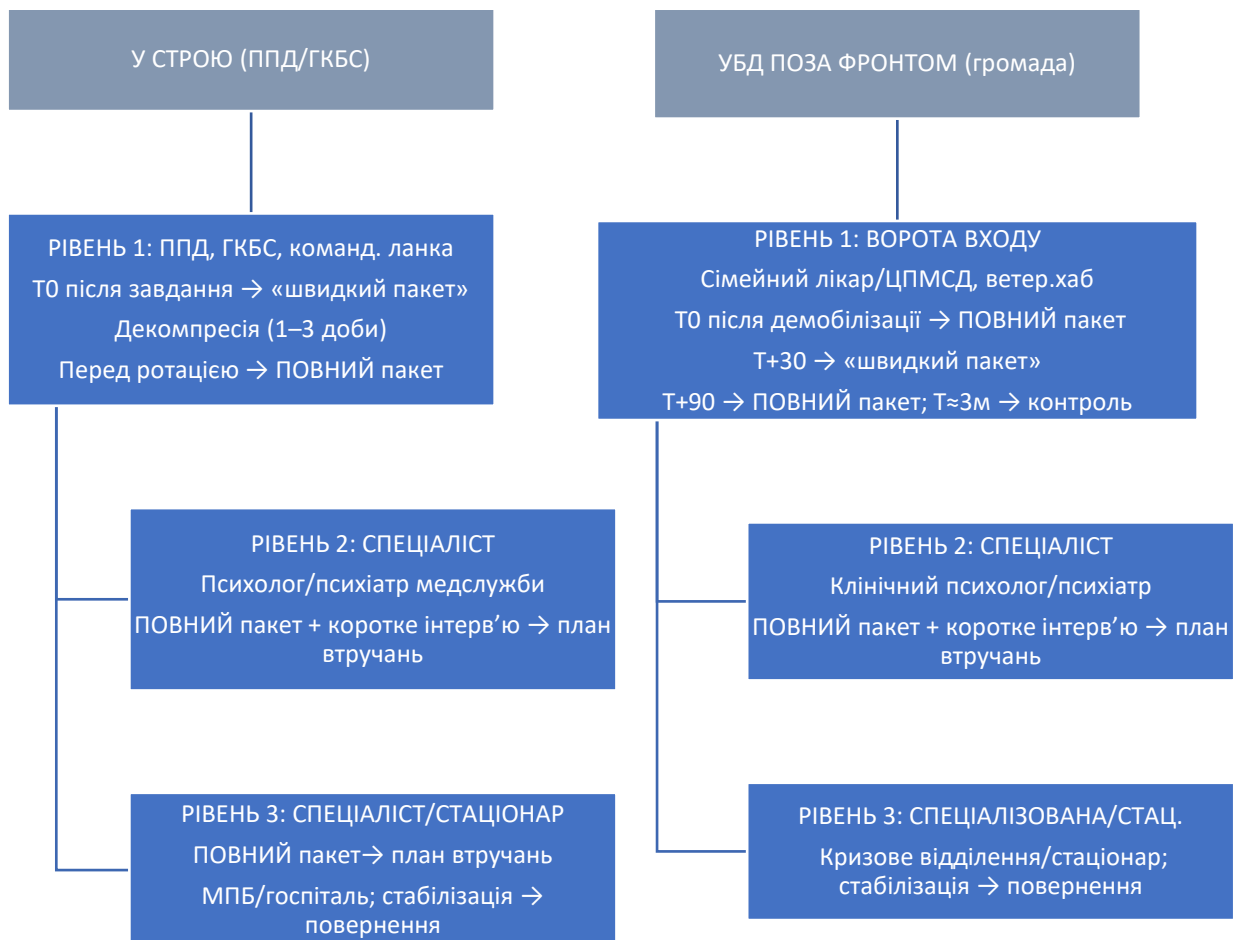


Рис. 2.2. Маршрут від першого контакту до спеціалізованої допомоги

Джерело: укладено автором на основі: [112], [113], [114], [115].

Кожен інструмент і правило має простий «паспорт»: навіщо використовується, на яке джерело спирається, де працює найкраще і де не

варто застосовувати, скільки часу займає (очно/дистанційно) та як поєднується з іншими кроками маршруту. CRF – це стандартна коротка картка випадку: код учасника, дата й формат контакту, бали за шкалами, «червоні прапорці», прийняте рішення і наступний крок [116].

Усі процедури зведено в одну матрицю: де саме проводиться скринінг, у який момент (повернення з завдання, декомпресія, T0, T+30, T+90, відстрочений контроль), який інструмент застосовується, який поріг вважається критичним і яку дію він запускає. Якість перевіряється за трьома простими критеріями: відповідність етичним і правовим вимогам України; реальна можливість виконання (час, люди, приміщення, захищений відеозв'язок); коротка експертна оцінка придатності «у строю» та «поза фронтом».

Рисунок 2.3. відображає нормативи, міжнародні настанови, емпіричні дані та типові форми, які проходять через п'ять послідовних кроків: пошук, витяг, перевірка якості, перетворення у прості правила та перевірка фахівцями та погодження.

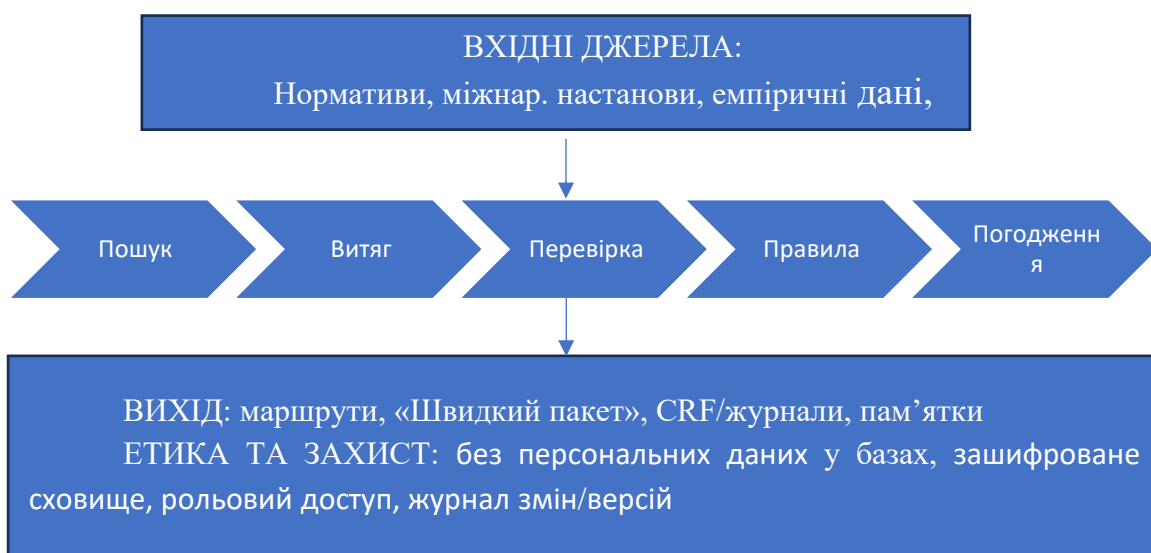


Рис. 2.3. Схема підготовки матеріалів і захисту даних

Джерело: укладено автором на основі: [112], [113], [114], [115].

Синтез оформлюється у вигляді маршрутів для точок застосування. Для умов служби прописуються процедури на етапах повернення з завдання,

декомпресії та підготовки до наступної ротації з урахуванням 72-годинного правила, а також «швидкий пакет» для проміжних контактів, щоб не перевантажувати особовий склад. Для умов після служби формуються інструкції для первинної ланки та ветеранських сервісів. Для дистанційних форматів уточнюються вимоги до приватності приміщення, перевірка стабільності зв'язку та інше [108].

Для кожного інструмента наводяться зрозумілі правила підрахунку балів і інтерпретації, час заповнення та допустимі режими (очно/дистанційно). Потрібно передбачити навчальний модуль для адміністраторів із відпрацюванням «червоних прапорців», алгоритму першої психологічної допомоги та комунікації в умовах підвищеного напруження. Для зменшення помилок даних формуються шаблони CRF і журнали з вбудованими підказками й логічними контролями (припустимі діапазони, обов'язкові поля, позначення часової точки), а також короткий чек-лист якості, що використовується під час щотижневих міні-аудитів.

Етичні запобіжники інтегровані безпосередньо в робочі інструкції, а не винесені у вигляд загальних декларацій. Під час скринінгу мінімізується уточнення травматичних подій; у будь-який момент учасник процедури може відкласти або припинити заповнення опитувальника без пояснень і без будь-яких наслідків для доступу до допомоги; у разі появи кризових сигналів застосовується коротка перша психологічна допомога; у взаємодії з військовим керівництвом діє принцип «мінімально необхідного інформування», що виключає передання персоніфікованих результатів, окрім випадків безпосередньої загрози життю.

Етична рамка охоплює дві площини: (а) розроблення та поширення рекомендацій без збирання персональних даних і (б) безпечне застосування цих рекомендацій у практиці, коли з'являються індивідуальні контакти. У другій площині обов'язковими є добровільність, зрозуміла інформована згода, конфіденційність, право на відмову без наслідків, а також готовність до негайного втручання у випадку кризових сигналів.

Інформована згода майданчиків подається простою мовою з коротким описом мети, обсягу оцінювання, можливих емоційних ризиків, строків зберігання матеріалів і контактів відповідальних осіб. Участь не впливає на службові рішення чи доступ до допомоги. Для дистанційних форматів фіксується підтвердження приватності приміщення та розуміння «плану В» на випадок технічного збою. Для вразливих груп використовуються адаптовані пояснення, повільніший темп і, за потреби, участь законного представника або незалежного свідка згоди. Конфіденційність забезпечується деперсоналізацією та технічним захистом.

Алгоритм кризового реагування інтегрований безпосередньо у процедури. Виявлення «червоних прапорців» запускає послідовність дій: коротка експрес-оцінка ризику зрозумілими запитаннями (наявність наміру/плану/засобів, захисні фактори), 10–15 хвилин першої психологічної допомоги (заземлення, нормалізація, спільне формування короткого плану безпеки і контактів), негайна маршрутизація до відповідного рівня допомоги (клінічний психолог/психіатр; медичний пункт; екстрені служби – залежно від оціненого ризику). У пунктах психологічної допомоги застосовується правило 72 годин: за відсутності покращення впродовж трьох діб – обов’язкова ескалація на вищий рівень. Кожний кризовий випадок документується коротким записом: дата, тригер, проведені дії, прийняте рішення, подальший маршрут, відповідальні особи та контакти.

План аналізу подається як стандарт для двох типів матеріалів: (а) знеособлені операційні записи, що можуть виникати під час застосування рекомендацій на майданчиках (скринингові бали, маршрути, «доза» втручання, утримання) і (б) корпус наукових джерел, із якого формується доказова база. У першому випадку аналіз орієнтований на динаміку стану та працездатність маршрутів; у другому – на узагальнення ефектів і перевірку обґрунтованості порогів.

Попередня обробка даних включає перевірку кодів і діапазонів, повноти полів та логічних зв’язків між часовими точками (T_0 , T_{mid} , T_{post} , $T \approx 3m$). Бали

за шкалами підраховуються за єдиними правилами; окремо позначається, хто показав клінічно відчутне поліпшення. Пропуски розрізняються за причиною (технічні, вибуття, пропуск інструмента). За наявності випадкових пропусків формуємо кілька повних наборів даних з урахуванням часових точок, вихідних балів і виконуємо ідентичний аналіз у кожному та поєднуємо підсумки; додатково наводимо результати для повних анкет. Розподіли шкал показуються графіками, а вплив поодиноких «викидів» перевіряється повторним підрахунком без них.

Якісний аналіз коротких інтерв'ю, якщо такі збираються у процесі впровадження, виконується тематично з двома незалежними кодувальниками та узгодженням до консенсусу.

2.3. Психодіагностичні методики для оцінки психологічного стану учасників бойових дій

Основним інструментом для оцінки посттравматичних симптомів є PCL-5 (20 запитань, діапазон 0–80, приблизно 5–10 хвилин). Він чутливий до змін у часі, тому зручний для відстеження прогресу між базовою точкою, завершенням курсу допомоги та відстроченим контролем [98]. Практично корисною вважається зміна щонайменше на 10–20 балів або приблизно на третину від базового рівня – це дає підстави говорити про помітне для людини поліпшення. Якщо необхідна дуже швидка перевірка між основними точками, використовується коротка версія PCL-5-SF: вона не замінює повну форму, але допомагає «не втратити».

Депресивні симптоми фіксуються опитувальником PHQ-9 (0–27; 2–4 хвилини). Порогові значення 5, 10, 15 і 20 балів умовно відповідають легкому, помірному, вираженому та тяжкому рівням [99]. Дев'ятий пункт про суїцидальні думки розглядається окремо: будь-який бал понад нуль – привід для короткої оцінки ризику і, за потреби, негайної ескалації. Тривожність

вимірюється GAD-7 (0–21; 2–3 хвилини) з тими самими простими порогоми 5/10/15 [100]. Порушення сну зручно відстежувати через ISI (7 запитань, 0–28; 2–4 хвилини): 0–7 – мінімальні прояви, 8–14 – субклінічні, 15–21 – помірні, 22–28 – тяжкі. Цей інструмент добре реагує навіть на короткі інтервали, тому включений і в «швидкі» перевірки [101]. Ризики, пов'язані з алкоголем, скринінгуються за АУДИТ-С (3 запитання, 0–12; близько хвилини). Значення від 3–4 балів і вище варто обговорити окремо з урахуванням контексту служби чи побуту [102].

Щоб бачити ресурси й бар'єри, до набору додається шкала суб'єктивної соціальної підтримки MSPSS та опитувальник труднощів цивільної реінтеграції для УБД (M2C-Q) [105]. Для загальної картини якості життя та функціонування використовуються WHOQOL-BREF або WHODAS 2.0 [103], [104].

«Швидкий» скринінг займає 5–7 хвилин і допомагає вчасно помітити небезпечні сигнали. До нього входять коротка версія PCL-5, скорочена оцінка сну (ISI-short), PHQ-2 з переходом до повного PHQ-9 за позитивних відповідей, один контрольний пункт щодо суїцидальних думок, АУДИТ-С, а також короткий список спостережних ознак. До «червоних прапорців» належать такі ситуації: різке посилення безсоння з денним виснаженням; раптові напади тривоги або епізоди дезорієнтації; дезорганізована або агресивна поведінка; помітне зростання вживання алкоголю; будь-які ознаки суїцидальних намірів чи планів. Перша психологічна допомога тримається на кількох базових кроках. Спочатку встановлюється спокійний контакт нейтральним тоном. Далі пропонуються прості техніки заземлення – повільне дихання, коротка розслаблювальна вправа, фокус на «тут і тепер». Наступний крок – нормалізація реакцій без оцінок і знецінення, виявлення найближчих потреб (сон, їжа, безпека, зв'язок із близькими). Разом формулюється короткий план найближчих дій і домовляється наступний контакт або консультація. У пунктах психологічної допомоги діє правило 72 годин: якщо після базових кроків не видно покращення протягом трьох діб, потрібна

ескалація на вищий рівень допомоги. У дистанційному форматі обов'язкові попередня перевірка приватності приміщення, стабільності зв'язку й домовленість про «план В» на випадок розриву – резервний канал і відповідальний фахівець для оперативного перетелефонування. Для наочності, інструменти зведені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Схема застосування скринінгових інструментів

Домен / інструмент	T0	Tmid	Tpost	T≈3м	Коротка дія за порогом
ПТСР - PCL-5 / PCL-5-SF	●	○	●	○	Різкий приріст/високий бал → PFA + консультація
Депресія - PHQ-9 / PHQ-2	●	PHQ-2	●	PHQ-2	п.9 > 0 → негайна ескалація
Тривога - GAD-7	●	–	●	–	≥10 → коротка консультація
Сон - ISI	●	●	●	●	≥15 + денне виснаження → консультація ≤72 год
Алкоголь - АУДИТ-С / АУДИТ	С	С	(АУДИТ-С за потреби)	–	С ≥ 4 → мотивац. розмова + ранній контроль
Соцпідтримка - MSPSS	●	–	●	–	Низька підтримка → залучити ресурси
Функціонування - WHODAS / M2C-Q*	●	–	●	–	Виражені труднощі → план реабілітації
Коротке інтерв'ю	✓	✓	✓	✓	Уточнити потреби/маршрут
Карта спостереження	✓	✓	✓	✓	«Червоні прапорці» → PFA + ескалація
● - повний; ○ - скорочений; С - АУДИТ-С; ✓ - коротка форма; – - не проводимо. * Для УБД у громаді: разом із WHODAS додати M2C-Q.					

Джерело: укладено автором на основі [100], [101], [102], [103], [104]

Послідовність у часі проста і повторювана: на базовій точці – повний пакет (PCL-5, PHQ-9, GAD-7, ISI, АУДИТ-С, MSPSS; для УБД ще M2C-Q та WHOQOL/WHODAS), на проміжній – короткий набір для швидкої перевірки

динаміки (коротка PCL-5, ISI, за потреби PHQ-2→PHQ-9), на завершенні курсу – повтор повного пакета, через близько три місяці – контроль стійкості змін. Для дистанційного формату опитувальники заповнюються в захищеному каналі, адміністратор працює за єдиними інструкціями, щоб уникати навідних питань і зберігати порівнюваність результатів у часі та між майданчиками.

Деескалація в кризових моментах будується на простих діях, які знижують збудження. Зберігається безпечна відстань і можливість вільного виходу з приміщення, використовується спокійний голос без конфронтації й категоричних оцінок, подаються короткі та чіткі інструкції в режимі «одна фраза – одна дія». Корисно запросити людину сісти або змінити положення тіла, щоб полегшити контроль над диханням і м'язовим тонусом. Недоречними є детальні розпитування про травматичні події у стані гострого стресу, фізичні дотики без згоди, будь-які суперечки. Кожен епізод документується коротким записом із датою, головними ознаками, зробленими кроками та ухваленим рішенням щодо подальшого маршруту. Така проста, але дисциплінована схема дозволяє поєднати мінімальне навантаження на людину з максимальною безпекою і створює надійну точку входу до подальшої допомоги – як для військових у строю, так і для УБД поза фронтом.

Система побудована так, щоб «перехоплювати» проблеми у природних точках контакту й діяти за простими правилами. У підрозділах базові точки – повернення з завдання, період декомпресії та підготовка до наступної ротації; додаткові – будь-яке звернення до пункту психологічної допомоги або групи контролю бойового стресу. Для УБД поза фронтом стартовою є перша зустріч із сімейним лікарем або візит до ветеранського сервісу, далі – планові короткі перевірки через приблизно 30 і 90 днів та за можливості повтор упродовж року. У дистанційному форматі використовуються ті самі часові вікна, але з попередньою перевіркою приватності та резервним каналом зв'язку.

Процедура однакова для обох контекстів: спершу «швидкий» пакет (скорочена PCL-5, коротка оцінка сну, PHQ-2 з переходом до PHQ-9 за потреби, АУДИТ-С, один контрольний пункт щодо суїцидальних думок й

короткий список спостережних ознак), далі – рішення за порогоми. Якщо результати у «зеленій зоні» (низькі бали без тривожних сигналів), планується наступна перевірка за графіком і пропонуються базові поради зі сну та саморегуляції. «Жовта зона» означає помірні показники або поодинокі насторожливі симптоми; у цьому разі домовляються про ранній контрольний контакт, уточнюється доступність підтримки та розглядається коротка консультація. «Червона зона» – це явні ознаки небезпеки: будь-яка позитивна відповідь на суїцидальний пункт, різкий стрибок симптомів, виражена інсомнія з денним виснаженням, дезорганізована чи агресивна поведінка, різке зростання вживання алкоголю. Тут одразу запускається експрес-оцінка ризику, коротка перша психологічна допомога і маршрутизація до відповідного рівня – від невідкладної консультації фахівця до виклику екстрених служб.

Пороги ескалації задаються зрозуміло й однаково для всіх майданчиків. Для посттравматичних симптомів критичним вважається різкий ріст короткого показника порівняно з попереднім виміром або високий бал у поєднанні з вираженим униканням. Для сну помірні та тяжкі порушення потребують обов'язкової консультації упродовж кількох діб; для алкоголю високі значення вимагають принаймні короткої мотиваційної розмови та повторного контролю. Спостережні ознаки – паніка, дисоціація, ступор, агресивні вибухи – підсилюють рішення на користь термінової консультації, навіть якщо самозвіт виглядає «не так уже й зле» [111].

Маршрутизація описується наперед, щоб уникнути затримок. У підрозділах першим кроком є пункт психологічної допомоги або фахівець груп контролю бойового стресу; якщо за три доби немає відчутного поліпшення, обов'язкова комунікація до медслужби або спеціалізованого фахівця. У цивільному середовищі «воротарем» виступає сімейний лікар чи консультант ветеранського хабу, який направляє до клінічного психолога або психіатра і фіксує дату контрольного контакту. У всіх випадках рішення та наступні

кроки стисло документуються: що саме спрацювало як тригер, які дії виконано, куди направлено людину, коли заплановано наступний контакт.

Перевірки проводяться регулярно, але без зайвого навантаження. У строю це зазвичай базова точка після повернення, швидкий контроль у періоді декомпресії та повтор перед ротацією; між ними допускаються короткі перевірки «за подією». У цивільному житті достатньо трьох планових контактів у перші три місяці після демобілізації з додатковими зверненнями за потреби.

Уся система спирається на дисципліну маленьких кроків: коротка перевірка у правильний момент, зрозумілі пороги, негайні дії без зайвої бюрократії та обов'язковий контрольний контакт. Така логіка працює і в польових умовах, і в цивільному середовищі, а головне – дозволяє виявляти проблеми до того, як вони укоріняться.

Окрім опитувальників, корисно мати коротке структуроване інтерв'ю. Воно триває близько десяти хвилин і зосереджене на повсякденній функціональності, сні, униканні, тригерах і підтримці з боку близьких чи колег. Питання формулюються просто й однаково на всіх майданчиках: що саме змінилося в побуті, як проходить сон, які ситуації найчастіше «вибивають із колії», хто реально допомагає, що вже пробували і що дало ефект.

Спостереження доповнює картину там, де самозвіт може бути неповним. Коротка карта спостереження фіксує кілька простих маркерів: рівень збудження й дратівливості, ознаки виснаження, труднощі з концентрацією, ухиляння від контактів, запах алкоголю, запізнення чи різкі перепади поведінки. Запис робиться одразу після контакту нейтральними словами без припущень щодо мотивів. У підрозділах такі відмітки зручно робити на рівні пункту психологічної допомоги або груп контролю бойового стресу; у цивільному житті – у кабінеті сімейного лікаря чи ветеранському хабі. Навіть поодинокі спостережні сигнали можуть стати додатковим аргументом для ранньої консультації або більш щільного супроводу між основними точками вимірювання.

Комбіновані показники допомагають ухвалювати рішення без зайвої складності. Для практики достатньо «світлофора», який поєднує три джерела: короткий бал за посттравматичною шкалою, індекс сну та карту спостереження. Коли усі три в межах норми, планується черговий контроль без додаткових дій. Якщо один із них «жовтіє», призначається ранній повтор і пропонуються прості інструменти самодопомоги, а також уточнюється доступність підтримки. Коли «червоніє» хоча б один (наприклад, є суїцидальний сигнал, тяжке безсоння або явна дезорганізація поведінки), без зволікань запускається алгоритм першої допомоги й ескалації. Така схема проста у впровадженні, добре працює на різних майданчиках і не потребує складних розрахунків.

За можливості додаються недорогі психофізіологічні індикатори, які не перевантажують процес. Найпрактичніші – короткі трекери сну (хоча б у вигляді щоденника чи мобільної замітки), регулярність і тривалість засинання, епізоди нічних пробуджень, денна сонливість. У деяких випадках корисні базові показники частоти серця під час заземлювальних вправ: вони дають зворотний зв'язок, чи вдається знизити збудження. Якщо таких можливостей немає, достатньо послідовно використовувати коротку шкалу сну та фіксувати відчутні зміни режиму.

Важливо, щоб інтерв'ю, спостереження та опитувальники збиралися в одному порядку й одразу вносилися у стандартні форми. Це забезпечує порівнюваність між точками вимірювання й різними майданчиками. У підсумку формується цілісна картина: кількісні бали показують «скільки», інтерв'ю пояснює «чому», спостереження підказує «на що звернути увагу прямо зараз», а комбінований індикатор допомагає швидко обрати маршрут подальших дій.

Висновки до розділу 2

У розділі визначено схему оцінювання психологічного стану військовослужбовців і УБД. Поняття «стану» зведено до кількох практичних доменів – ПТСР-симптоми, настрої, тривожність, сон, уживання алкоголю, підтримка, функціонування – для яких обрано короткі валідовані інструменти з чіткими правилами підрахунку та інтерпретації. Запропоновано простий ритм вимірів: повний пакет на старті та після завершення допомоги, короткі перевірки між ними, контроль через кілька місяців.

Організаційно описано, де саме застосовувати інструменти: у підрозділах та в цивільних точках входу для УБД. Етика інтегрована в процедури: добровільна згода, мінімізація даних, конфіденційність, право на відмову. Для гострих випадків подано короткий алгоритм першої психологічної допомоги й пороги ескалації, зокрема «правило трьох діб» у польових умовах.

План аналізу зосереджено на динаміці показників і клінічно відчутних змінах; за потреби кількісні дані підсилюються коротким інтерв'ю та картою спостереження. У результаті сформовано робочий набір: інструменти, таймінг, маршрути, етичні запобіжники й шаблони документування, які можна відразу використовувати як базовий стандарт практики.

У підсумку другий розділ надає узгоджений, практично придатний «набір дій»: валідовані інструменти з порогоми, зрозумілі маршрути раннього виявлення для підрозділів і УБД поза фронтом, етичні запобіжники та стандарти зберігання інформації, приклади карт і чек-листів, а також прозорий план подальшого аналізу. Отриманий комплект може виконувати роль стандарту операцій для стартового впровадження, масштабування й наступного удосконалення на основі зворотного зв'язку з практики.

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Аналіз отриманих результатів

Збір інформації здійснювався у співпраці з кількома профільними структурами: ветеранськими фондами та громадськими організаціями, державними і комунальними закладами охорони здоров'я, спеціалізованими кабінетами психічного здоров'я, а також центрами соціальних послуг. Набір відбувався комбіновано: за направленнями фахівців (лікарів, психологів, кейс-менеджерів) і шляхом самозвернення через оголошення у ветеранських спільнотах.

Скринінг проводився у два кроки. На першому етапі коротке телефонне/онлайн-опитування перевіряло базові критерії включення та виключення і допомагало обрати зручний формат подальшої участі. На другому етапі здійснювалося базове оцінювання стандартним пакетом

До аналізу залучено $n = 56$ осіб із підтвердженням досвідом участі у воєнних діях. Формування вибірки здійснювалося цілеспрямованим та зручним відбором через установи психологічної допомоги, ветеранські спільноти та заклади охорони здоров'я за місцем проживання. Критеріями включення визначалися повноліття, наявність підтвердженого бойового досвіду та готовність пройти повний цикл оцінювання; до критеріїв виключення віднесено гострі психотичні стани, неконтрольовані невідкладні соматичні стани та неможливість надати інформовану згоду. Усі дані знеособлено, дотримано вимог конфіденційності та етичних стандартів.

Демографічно вибірка репрезентує переважно молодий і середній дорослий вік із помітною концентрацією у третій–четвертій декаді життя.

Статева структура зумовлена специфікою контингенту: переважають чоловіки, однак представлено і жінок-військовослужбовиць, що дозволяє окреслити можливі статеві відмінності у подальших аналізах. Освітній рівень варіює від повної загальної середньої/професійно-технічної до вищої освіти; щодо зайнятості простежуються як чинна служба або працевлаштування, так і тимчасова непрацездатність чи періоди пошуку роботи.

Військово-професійні характеристики охоплюють різні роди і види війська. За типами експозиції описано перебування на лінії зіткнення, переживання систематичних обстрілів, участь у евакуаційних/медичних місіях, епізоди роботи з вибухонебезпечними предметами. Частина учасників повідомляє про поранення та контузії/черепно-мозкові травми. Супутні клінічні та соціальні чинники відображають типовий для ветеранів профіль ризику: частими є скарги на порушення сну, у частини респондентів відзначаються хронічні больові стани; за коротким алкогольним скринінгом у підгрупі виявляються патерни вживання, що потребують уваги. Соціальна підтримка наявна у більшості, але не у всіх, що потенційно модерує перебіг відновлення; додатково фіксуються показники зайнятості та побутового функціонування.

Базовий психометричний профіль сформовано за опитувальниками самозвіту: PCL-5 (посттравматична симптоматика), PHQ-9 (депресивні прояви), GAD-7 (тривожність) та ISI (безсоння). На старті переважають клінічно сервизні рівні симптоматики при помітній міжіндивідуальній варіативності; розподіли за категоріями тяжкості й описові статистики наведено у табл. 3.1. Поодинокі пропуски відповідей трапляються несистемно. Сукупно наведені характеристики забезпечують достатній контекст для інтерпретації подальших змін під впливом реабілітаційних втручань і для аналізу можливих модераторів ефекту (вік, стать, рід військ, тяжкість стартового стану).

Таблиця 3.1.

Демографічні, військово-професійні та психометричні характеристики
вибірки

Показник	Рівень/метрика	Значення
Демографія	Вікові групи	20–29: 12 (21,4%); 30–39: 22 (39,3%); 40–49: 17 (30,4%); ≥ 50 : 5 (8,9%)
	Зайнятість на Т0	Працюють/чинна служба: 26 (46,4%); Мед./соц. відпустка: 13 (23,2%); Тимчасово без роботи: 12 (21,4%); Навчаються: 5 (8,9%)
	Сімейний статус	У шлюбі/партнерстві: 32 (57,1%); Самотні: 24 (42,9%)
Військово-професійні характеристики	Рід військ	Сухопутні: 24 (42,9%); Артилерія: 10 (17,9%); ТрО: 12 (21,4%); Забезпечення/інше: 10 (17,9%)
	Тривалість участі у БД	≤ 3 міс.: 8 (14,3%); 4–6 міс.: 18 (32,1%); 7–12 міс.: 20 (35,7%); ≥ 13 міс.: 10 (17,9%); медіана 7 міс.
Експозиція та супутні фактори	Травми/стани	Поранення: 18 (32,1%); Підозра/підтв. ЧМТ/контузія: 14 (25,0%)
	Коморбідність/ризик	Порушення сну: 34 (60,7%); Хронічний біль: 13 (23,2%); AUDIT-C позитивний: 11 (19,6%); Соціальна підтримка наявна: 38 (67,9%)
Психометричні показники Т0	PCL-5 (ПТСР)	М = 42,5; SD = 15,2; імовірний ПТСР (≥ 33): 34 (60,7%)
	PHQ-9 (депресія), категорії	Мінімальна 0–4: 6 (10,7%); Легка 5–9: 12 (21,4%); Помірна 10–14: 21 (37,5%); Помірно тяжка 15–19: 13 (23,2%); Тяжка ≥ 20 : 4 (7,1%)
	GAD-7 (тривога), категорії	Мінімальна 0–4: 8 (14,3%); Легка 5–9: 16 (28,6%); Помірна 10–14: 21 (37,5%); Тяжка 15–21: 11 (19,6%)
	ISI (безсоння), категорії	Відсутнє 0–7: 5 (8,9%); Субклін. 8–14: 19 (33,9%); Помірне 15–21: 24 (42,9%); Тяжке 22–28: 8 (14,3%)

Джерело: укладено автором

На момент базового оцінювання (T0) у вибірці фіксується виражена симптоматика, характерна для осіб із бойовим досвідом. За шкалою посттравматичної симптоматики PCL-5 середнє значення перебуває у межах помірної/високої інтенсивності, а частка респондентів, у яких показники сягають порогів імовірного ПТСР (≥ 33), становить близько двох третин вибірки. Розподіл балів не демонструє «стелі», однак спостерігається широка дисперсія, що відображає різний рівень експозиції до травматичних подій і нерівномірність часу від останнього залучення до бойових дій.

Депресивна симптоматика за PHQ-9 має середнє навантаження на рівні помірної вираженості. Категоріальний розподіл свідчить про переважання помірних та помірно тяжких проявів: орієнтовно дві третини учасників перебувають у зонах ≥ 10 балів, тоді як мінімальні й легкі рівні складають меншу частку.

Тривожна симптоматика за GAD-7 на старті також підвищена, із концентрацією показників у помірній зоні та відчутною часткою випадків тяжкої тривоги. Розподіл категорій загалом паралельний до депресивного профілю, що вказує на одночасне поєднання депресивних і тривожних симптомів та потребує комбінованої терапевтичної тактики.

Показники безсоння за ISI свідчать про суттєве навантаження порушень сну, з переважанням помірного рівня та помітною часткою тяжкого безсоння. З урахуванням ролі сну як механізму, що впливає на інтенсивність ПТСР-, депресивних і тривожних симптомів, ці результати визначають пріоритетність модулів роботи зі сном у складі реабілітаційної програми.

Після завершення курсу реабілітаційних заходів (Tpost) за всіма шкалами фіксується зниження вираженості симптоматики порівняно зі стартом. Найбільша динаміка спостерігається за індексом посттравматичної симптоматики: середні значення PCL-5 зменшуються орієнтовно на 25–30%, а частка учасників, які досягають критерію клінічно значущого поліпшення (респондент: зниження щонайменше на 10 балів або $\geq 20\%$ від базового рівня), становить близько половини вибірки. Відповідно зменшується і поширеність

імовірного ПТСР за порогом ≥ 33 балів: із близько двох третин на старті до приблизно третини—двох п'ятих після втручання.

За PHQ-9 середні показники знижуються до зони нижче помірної вираженості з орієнтовним спадом на 30–40%. Частка учасників у «помірній/помірно тяжкій/тяжкій» категоріях істотно зменшується, натомість зростає частка з мінімальними та легкими проявами. Критерій респондера для PHQ-9 (поліпшення ≥ 5 балів або $\geq 20\%$) досягає близько 45–55% учасників.

Тривожна симптоматика за GAD-7 знижується орієнтовно на 25–30%, із перерозподілом категорій у бік легких рівнів; сумарна частка «помірного/тяжкого» діапазону скорочується до приблизно третини вибірки. Паралельне зменшення депресивних і тривожних проявів узгоджується з клінічно очікуваною коморбідністю та свідчить на користь мультикомпонентної терапевтичної тактики.

Показники безсоння за ISI демонструють стабільне покращення з орієнтовним спадом на 20–25%, що супроводжується переходами з «помірного/тяжкого» діапазону до «субклінічного/легкого». Поліпшення сну корелює з менш вираженими ПТСР- та афективними симптомами, що підкреслює доцільність включення модулів гігієни сну та регуляції збудження до стандартного протоколу.

На відстроченому етапі (T3m), за наявності даних, ефекти переважно зберігаються або помірно посилюються: середні значення залишаються кращими за T0, а частка респондентів утримується на рівні, близькому до Tpost. У частини учасників, які продовжують практики самодопомоги або підтримувальні сесії, фіксується додаткове зменшення симптоматики; поодинокі випадки часткового повернення симптомів пов'язані насамперед із новими стресорами. Результати дослідження, динаміка основних показників за час спостереження, оформлені у виді табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Показники ПТСР, депресії, тривоги й сну: до та після лікування

Шкала	Мак с. балі в	Середн ій бал T0	Середн ій бал Tpost	Зміна T0→Tpost (бали; %)	Середн ій бал T3m	Зміна T0→T3m (бали; %)	«Респонде ри» на Tpost	«Респонде ри» на T3m
PCL-5 (ПТСР)	80	42.5	31.5	-11.0; -26%	29.0	-13.5; -32%	50%	56%
PHQ-9 (депрес ія)	27	12.4	8.1	-4.3; -35%	7.5	-4.9; -40%	49%	54%
GAD-7 (тривог а)	21	10.6	7.6	-3.0; -28%	7.2	-3.4; -32%	44%	50%
ISI (сон)	28	15.8	12.4	-3.4; -22%	11.9	-3.9; -25%	38%	43%

Джерело: укладено автором

Наявні пропуски спостережень є несистемними і не перевищують звичних для клінічних вибірок обсягів; основний аналіз здійснюється за повними парами «до–після», з окремою перевіркою стійкості висновків на наборі з простою імпутацією. Зміна початкових та кінцевих показників відображена на рис. 3.1.

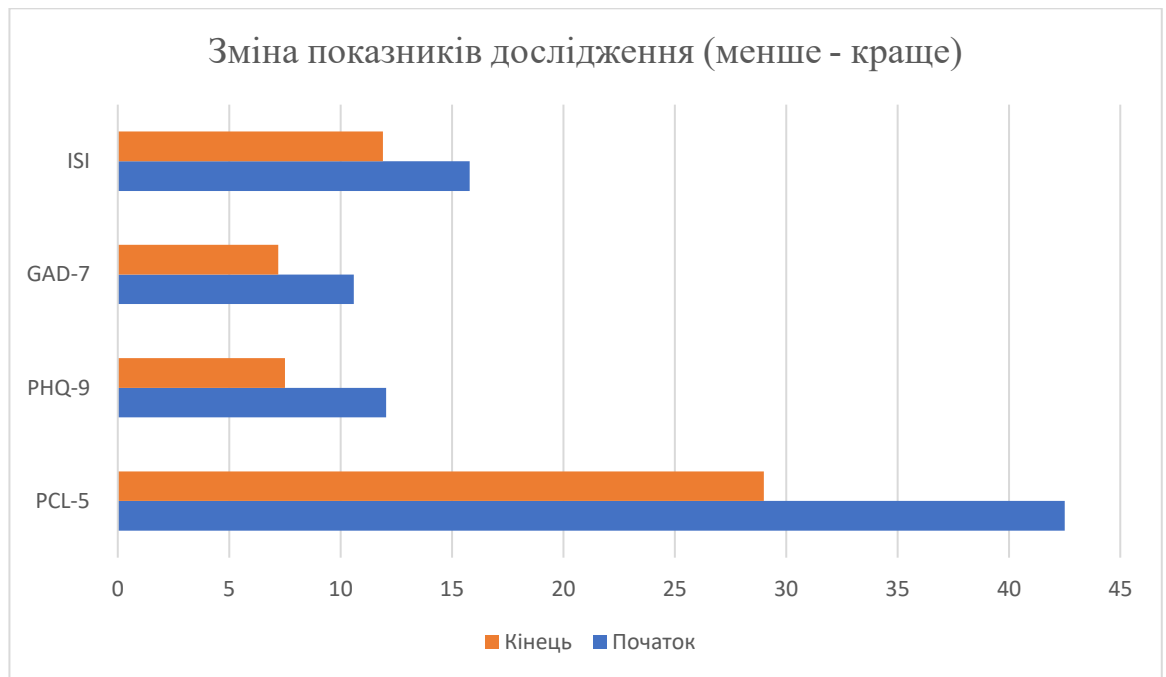


Рис. 3.1. Зміна основних показників дослідження.

Джерело: укладено автором

Сукупно отримана картина свідчить про відчутні зміни після втручання та надає підстави для подальшого аналізу відмінностей між підгрупами і формулювання практичних висновків.

Динаміка після втручання виявляється нерівномірною й суттєво залежить від вихідної тяжкості стану, супутніх розладів і контексту підтримки. Найбільші абсолютні зниження спостерігаються в учасників із високими стартовими балами за PCL-5 і PHQ-9: ефект «більшого простору для поліпшення» забезпечує помітнішу амплітуду змін, тоді як у випадках помірної вихідної симптоматики частіше фіксуються відносні покращення, які не завжди перетинають пороги клінічної значущості. У присутності важкого безсоння або хронічного болю траєкторія відновлення сповільнюється; додавання до базового протоколу модулів зі сну (гігієна, елементи СВТ-I, дихальна коерентність) та менеджменту болю вирівнює темп зниження симптомів і підсилює загальний ефект [120].

Різниці між родами військ не набувають характеру систематичних і великих, однак інтенсивніша бойова експозиція (тривале перебування на лінії

зіткнення, регулярні обстріли) пов'язана з більшою неоднорідністю відповідей, особливо за наявності підозри на ЧМТ/контузію. У цій підгрупі покращення зазвичай поступовіше, з частішою потребою у довшому курсі та підтримувальних сесіях. Час від останнього залучення також модерує результати: у проміжку приблизно 3–9 місяців ефекти виглядають найстабільнішими; на коротших інтервалах зберігається компонент гострого стресу, що маскує вигоди втручання, тоді як через тривалі періоди без лікування формуються стійкі патерни уникання й порушень сну, які вимагають активнішої експозиційної та поведенкової роботи.

Вік і стать вносять, радше, трендові, ніж визначальні відмінності: молодші учасники швидше проходять криву навчання навичкам саморегуляції, тоді як для старших важливішою стає декількох соматичних станів; у жінок частіше повідомляються проблеми зі сном і гіперактивацією, але ці відмінності не зменшують відповіді на структуровані протоколи за умов належної підтримки. Незалежно від демографії, вирішальним чинником виявляється «доза» й безперервність лікування: висока відвідуваність, виконання домашніх завдань і завершення повного курсу прямо пов'язані з імовірністю досягнення критеріїв респондера. Телеформати не поступаються очним за умови стабільного графіка, технічної доступності та регулярних контактів між сесіями.

Соціально-психологічний контекст має виразний ефект. За відповідями учасників, підтримка близького оточення та регулярне спілкування з побратимами/посестрами сприяють утриманню результатів, зменшують ризик зривів і пропусків сесій. Особливо продуктивними виявляються структури взаємопідтримки у ветеранських спільнотах: вони нормалізують симптоми, знижують стигму звернення по допомогу й забезпечують «м'який контроль» за виконанням рекомендацій між візитами. Водночас головним залишається якісне виконання маршрутів допомоги, окреслених у розділі II: своєчасний скринінг, коректне направлення до доказового протоколу, супровід кейс-менеджера, доступ до модулів самодопомоги та контрольні оцінки у визначені

терміни ($T_0 \rightarrow T_{post} \rightarrow T_{3m}$). Коли всі ланки маршруту відпрацьовано без затримок, траєкторія відновлення рівніша, а частка респондентів істотно вища; порушення маршруту (зриви запису, зміни терапевта, відтерміновані контрольні візити) асоціюються з коливаннями симптоматики та потребою у додаткових втручаннях.

Найбільший внесок у позитивну динаміку демонструють: вища (але не максимально критична) вихідна тяжкість, відсутність вираженого безсоння та хронічного болю, завершення повного курсу без перерв, наявність сімейної та побратимської підтримки, а також проходження стандартизованого маршруту допомоги з кейс-менеджментом. Зони, що потребують додаткової уваги, включають залишкові порушення сну, випадки з підозрою на ЧМТ/контузію, больовий синдром і ризикове вживання алкоголю; у цих підгрупах доцільно застосовувати розширені мультикомпонентні протоколи, інтегруючи модулі, менеджменту болю, мотиваційного консультування та контрольованого доступу до фармакотерапії.

По-перше, більша вихідна тяжкість прогнозує більші абсолютні зміни, однак потребує довшого супроводу, щоб уникнути рецидиву. По-друге, включення цільового модуля зі сну зумовлює ефект основних протоколів і підвищує імовірність досягнення й утримання респондентського статусу. По-третє, якісна реалізація маршруту допомоги з активною роллю кейс-менеджера виступає основою для дотримання й результативності незалежно від формату (очно/онлайн). По-четверте, системна побратимська підтримка й участь сім'ї діють як буфери стресу та фактори утримання ефекту в середньостроковій перспективі. По-п'яте, для підгруп із ЧМТ/контузією і вираженим болем очікувано кращою буде стратегія із поетапним збільшенням терапії, додаванням нейропсихологічної компоненти та раннім залученням мультидисциплінарної команди. Сукупно це окреслює контури персоналізації реабілітації й визначає пріоритетні напрями масштабування ефективних практик у національному контексті.

3.2. Оцінка ефективності існуючих реабілітаційних програм в Україні та за кордоном

У сучасних програмах психологічної реабілітації різниця між форматами визначається насамперед рівнем персоналізації та доступністю каналу надання допомоги. Індивідуальна робота забезпечує максимальне налаштування темпу і технік під конкретну людину й є доцільною за високої вихідної тяжкості, множинної травматизації та супутніх проблем. Груповий формат сильний там, де потрібні нормалізація переживань, тренування навичок (регуляція збудження, робота з тригерами, гігієна сну) і підтримка прихильності до лікування; він добре працює на етапі стабілізації та після завершення індивідуальної терапії для закріплення результатів. Сімейно- подружні інтервенції додаються тоді, коли міжособистісна напруга, дискомунікація чи рольові конфлікти підтримують симптоматику і заважають відновленню; залучення близьких створює «буфер» підтримки в побуті та підвищує утримання ефектів.

Канал надання - очний чи дистанційний - впливає не стільки на сутність лікування, скільки на його доступність і дисципліну виконання. За дотримання структурованого протоколу очний і онлайн-формати демонструють зіставні результати. Вибір робиться з огляду на логістику (служба, відстань, безпека), приватність і стабільність зв'язку. Очний формат дає більше контролю над середовищем і невербальною взаємодією, що важливо для тонких експозиційних вправ; дистанційний або гібридний - зменшує пропуски та дозволяє регулярні короткі «чек-іни» між сесіями, що необхідно для утримання в лікуванні.

Вибір конкретного протоколу визначається механізмом проблеми та історією травматизації. Якщо домінують уникання, яскраві тригери та нічні жахи, доцільною є пролонгована експозиція (Prolonged Exposure) з поступовим поверненням до травматичних спогадів і ситуацій, яких уникають.

Коли на перший план виходять «застрягаючі» переконання - провина, сором, жорсткі узагальнення («мав/мала вчинити інакше») - ефективною є когнітивна терапія опрацювання травми (Cognitive Processing Therapy), яка системно замінює погані висновки більш реалістичними. За труднощів із вербалізацією або при множинних подіях з широким колом тригерів доречним є процес зниження чутливості і переробка рухами очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), що дозволяє опрацьовувати спогади з використанням двобічної стимуляції без детального переказу. За багатоепізодної історії, коли потрібно «зібрати» досвід у цілісну лінію життя, застосовується наративна експозиційна терапія (Narrative Exposure Therapy). Якщо поряд із травмою провідними є теми втрати та «незавершених» почуттів, виправданою є коротка психотерапія ПТСП (Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD), що поєднує експозиційні та когнітивні компоненти з ритуалами завершення.

Побічні проблеми - насамперед сон і хронічний біль - значно змінюють лікування. За вираженого безсоння паралельно до основного протоколу доцільно під'єднувати когнітивно-поведінкову терапію безсоння (Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia): нормалізація режиму, контроль стимулів і переосмислення «катастрофічних» установок щодо сну створюють основу для зниження гіперактивації та підсилюють ефект травмофокуса. Якщо наявний хронічний біль або підозра на ЧМТ/контузію, темп основної терапії варто адаптувати: більше стабілізації, коротші й чіткіші вправи, поступове нарощування інтенсивності, а за потреби - залучення мультидисциплінарної команди.

У практичному застосуванні доцільно дотримуватися логіки «ступеневого догляду». За легкої-помірної тяжкості стартують із низько- чи середньоінтенсивних модулів (структурована самодопомога, короткі групи навичок, СВТ-I) з чітким дедлайном перегляду; за відсутності помітної динаміки протягом кількох тижнів інтенсивність підвищують, переходячи до індивідуального травмофокусованого протоколу (CPT/PE/EMDR/NET/BEPP). За високої вихідної тяжкості, множинної травматизації чи яскравого уникання

травмофокусований протокол доцільно обирати відразу, додаючи модулі для сну/болю паралельно.

Нарешті, на результати суттєво впливають не лише «що» і «як» лікується, а й контекст підтримки. Наявність сім'ї/партнера, регулярне спілкування з побратимами/посестрами, включення у ветеранські спільноти, підвищують прихильність до протоколу, зменшують пропуски та допомагають утримати ефект на відстроченому етапі. За відсутності такої підтримки, а також у випадку фрагментарного виконання маршруту (перерви в лікуванні, відтерміновані контрольні візити) траєкторія відновлення стає більш нерівною і потребує додаткових втручань для стабілізації. Таким чином, реальні відмінності між форматами та каналами проявляються через їхній вплив на доступність, дисципліну і підтримку, тоді як за дотримання стандартів самі протоколи дають порівнянні клінічні результати.

Логіка вибору узгоджується з тим, що показують сучасні огляди й клінічні настанови: найбільший і найстійкіший зсув дають індивідуальні травмофокусовані психотерапії, що були згадані перед цим. Ці підходи послідовно зменшують ядро посттравматичної симптоматики (повернення образів, уникання, гіперактивація) і паралельно знижують супутню депресивну й тривожну симптоматику.

Групові програми стабільно підсилюють утримання в лікуванні, знижують стигму й дають ефект нормалізації - але значний вклад у зменшення ПТСР-симптомів робить саме індивідуальний травмофокус.

Фармакотерапія розглядається як підтримка до або поряд із психотерапією. Препарати першої лінії зазвичай застосовують для зменшення симптомів, що заважають психотерапевтичній роботі. Натомість засоби, що дають швидке, але нетривале полегшення без роботи з травмою, не покращують довгостроковий результат і розглядаються обмежено.

Якщо мета - найбільший і стійкий ефект, першою лінією мають бути СРТ, РЕ або EMDR (в очному чи дистанційному каналі - залежно від доступності та маршруту), із паралельною СBT-I за наявності проблем зі сном.

Групи доречні як підсилювач утримання та нормалізації, сімейні втручання - для зниження міжособистісної напруги й підтримки змін удома [121]. Кінцевий результат визначають не лише «обраний протокол», а й якість виконання маршруту та соціальна підтримка, про роль яких уже йшлося. Саме ці дві умови найчастіше пояснюють, чому ефекти в реальній практиці або тримаються, або розмиваються, а для зручності даний маршрут відображений на рис. 3.1.

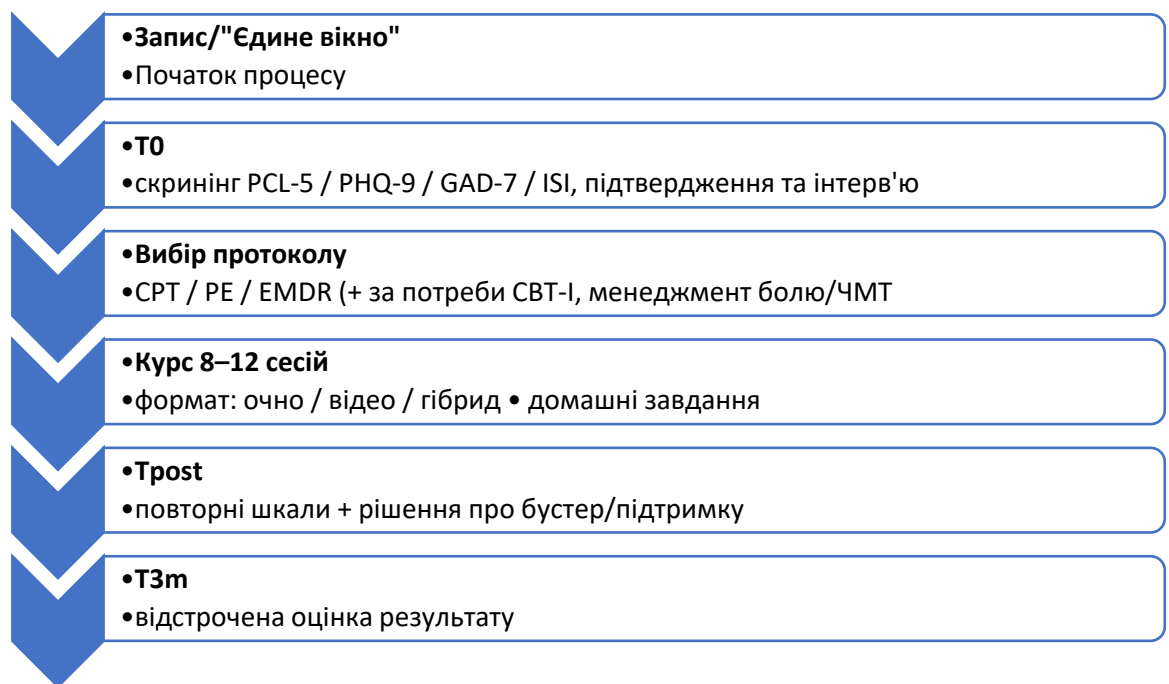


Рис. 3.2. Базовий маршрут роботи з військовими

Джерело: укладено автором

Практичне розгортання програми спирається на збалансовану тріаду «кадри - маршрут - інфраструктура», що прямо корелює з динамікою. Кадрова конфігурація мінімально включає фахівця(ів), супервізора, кейс-менеджера і, за потреби, лікаря для фармакосупроводу; фіксуються стандартні процедури сесій, домашніх завдань і переходів між етапами, аби мінімізувати методичний «дрейф». Супервізія і кероване навантаження знижують ризик вигорання, а кейс-менеджмент утримує ритм лікування та дисципліну виконання протоколу. Цифрова інфраструктура не замінює лікування, а забезпечує безперервність маршруту, може забезпечити електронні опитувальники,

короткі щотижневі скрини для раннього виявлення регресу; автоматичні нагадування і «мікровправи» між зустрічами; уніфіковані шаблони записів і прості дашборди з індикаторами прогресу (завершені курси, частка респондентів, утримання ефектів). Логіка вибудовується не «по сесіях», а «по маршруту»: базова одиниця - завершений цикл скринінгу, 8–12 індивідуальних сесій, за потреби 4–6 сесій додаткових з іншим протоколом, контрольні вимірювання, коротка підтримка. Поєднання джерел (державні/муніципальні контракти, НУО/донори, корпоративні програми, адресні ветеранські інструменти, часткова співплата) доповнюється ресурсно-ефективними елементами: групові модулі навичок, телеформат. Саме така конфігурація - компетентна команда з супервізією, стандартизований маршрут із кейс-менеджментом, «легка» цифрова обв'язка і фінансування за завершений цикл - відтворює у реальній практиці ті ж закономірності, що зафіксовані у 3.1: вищу частку респондентів, менше зривів і стабільніше збереження ефектів на відстрочених вимірах.

Результативність програми визначається не лише вибором протоколу, а тим, наскільки безперервно проходить маршрут «запис → оцінювання → курс → контрольні виміри». Будь-яка перешкода, що зменшує кількість лікування або створює розриви між сесіями, послаблює ефект. Водночас існують чинники, які пом'якшують ці втрати й стабілізують траєкторію відновлення.

Проблеми доступу найчастіше пов'язані з мобільністю військових і ветеранів, географією, безпековими обмеженнями та дефіцитом фахівців із травмофокусованих підходів. Частково це компенсує дистанційний або гібридний формат, однак він потребує приватного простору, надійного зв'язку та базової цифрової грамотності. Додатковий бар'єр створюють адміністративні збої: складний запис, дублювання анкет, затримки між скринінгом і першою сесією. Ефективними модераторами доступу є «єдине вікно» з мінімальним пакетом опитувальників, гнучке планування, чіткі правила швидкого перенесення пропущеної зустрічі та персональний супровід кейс-менеджера з автоматичними нагадуваннями [122].

Коморбідність істотно впливає на швидкість і глибину змін. Виражене безсоння підсилює гіперактивацію і знижує переносимість експозицій, тому паралельне включення структурованої роботи зі сном покращує «прохідність» курсу і підвищує шанси на утримання ефекту. Хронічний біль і ймовірні наслідки ЧМТ вимагають повільнішого темпу, коротших і чітко дозованих завдань, регулярних пауз та, за потреби, мультидисциплінарного супроводу; без такої адаптації підвищується ризик дрейфу від протоколу. Ризикове вживання алкоголю блокує консолідацію навичок і підвищує частоту зривів; короткі мотиваційні інтервенції, домовленості щодо безпеки та контрольоване підключення фармакотерапії за медичними показами зменшують цей вплив.

На мотивацію та прихильність діють уникання, стигма і попередній невдалий досвід лікування. Сприяють залученості швидкий старт після скринінгу, прозорі короткотермінові цілі на кожен тиждень, регулярний зворотний зв'язок за допомогою лаконічних електронних опитувань, візуалізація індивідуального прогресу та зрозумілий критерій «помітного поліпшення». Для дистанційних сесій важливою є приватність удома й «план Б» на випадок технічних збоїв; для очних - передбачуваний графік і мінімізація логістичних витрат. Безперервність контакту з тим самим фахівцем і сталість структури сесій підвищують довіру та зменшують саботаж домашніх завдань.

Роль сім'ї та соціальної підтримки є часто визначальною. Підтримувальне оточення знижує уникання, нормалізує симптоми та допомагає дотримуватися графіка; регулярний контакт із побратимами/посестрами, участь у ветеранських спільнотах і «buddy-пари» підсилюють утримання результатів на відстрочених вимірах. Доцільним є короткий блок психоедукації для близьких із чіткими правилами безпечної комунікації, розподілом ролей підтримки та межами втручання в терапевтичний процес. Водночас надмірна опіка, некоректні послання («не згадуй», «просто тримайся») або заперечення симптомів стають бар'єрами; у таких випадках корисні короткі сімейні сесії, переключення частини навантаження на групи взаємопідтримки та персональна робота з мотивацією.

Узагальнено, траєкторія відновлення покращується тоді, коли забезпечено безшовний доступ (гібрид і кейс-менеджмент), проблематика обробляється паралельно (насамперед сон, біль, вживання), мотивація підживлюється регулярним зворотним зв'язком і досяжними цілями, а соціальна підтримка цілеспрямовано мобілізується. Для зручності, бар'єри та стимули сформовані на рис. 3.2.



Рис. 3.3. Стимули та бар'єри під час психологічної реабілітації

Джерело: укладено автором

Доцільно без змін приймати ядро доказових підходів і логіку організації допомоги. Першою лінією мають лишатися індивідуальні травмофокусовані психотерапії із чіткою структурою сесій.

Кадрова спроможність, сьогодні, є важким та критичним вузлом. Потрібні програми сертифікації з травмофокусованих методів із наступною супервізією та регулярними аудитами дотримання протоколів. Ефективною є модель «train-the-trainer»: підготовка ядра інструкторів, які розгортають навчання на регіональному рівні; закладання навантаження, що попереджає вигорання; чіткі маршрути ескалації складних випадків до супервізора або мультидисциплінарної команди. Доцільно уніфікувати шаблони сесій, чек-

листи домашніх завдань і короткі інструкції для кризових ситуацій (ризик суїциду, повторна травматична подія, різка декомпенсація внаслідок тригерів).

Для жінок-військовослужбовиць та учасників із поєднаними сімейними навантаженнями потрібна гнучка організація часу й окремі елементи сімейної психоедукації; у громадах з високою стигмою - більша опора на групи навичок і ветеранські спільноти як «м'які» точки входу.

Мовно-культурний компонент бажано стандартизувати: офіційні українські адаптації опитувальників із короткими інструкціями для не-психіатричних фахівців; узгоджені пороги інтерпретації; приклади заповнених форм. Потрібні зрозумілі інформаційні матеріали «для пацієнта і сім'ї»: що відбуватиметься на сесіях, які тимчасові труднощі можливі, як поводитися під час домашніх вправ, як підтримувати і водночас не підміняти психологічну роботу. Це знижує уникання, зменшує пропуски та підвищує якість виконання завдань між зустрічами.

Фінансування доцільно прив'язувати до завершеного маршруту, а не до розрізнених сесій. Такий підхід полегшує планування витрат, заохочує доведення курсу до кінця й робить видимими показники: частка завершених епізодів, відсоток респондентів, утримання ефекту на відстроченому вимірі, зниження повторних невідкладних звернень. Для підвищення економічної ефективності доцільно ширше використовувати групові модулі та дистанційні формати там, де це не погіршує клінічний результат.

Особливу увагу слід приділити взаємодії секторів. Первинна ланка охорони здоров'я має виконувати роль «воріт»: швидкий скринінг, базова психоедукація, направлення до протоколів, контроль за дотриманням медикаментозних призначень за показами. Соціальні служби та ветеранські організації забезпечують утримання та повернення до маршруту після перерв; працедавці - можливість гнучкого графіка на час лікування. Для віддалених громад варто розгортати «малі вузли» доступу: короткі очні візити з подальшим переходом у відеоформат; локальні «кімнати приватності» для

онлайн-сесій; мобільні бригади для первинного скринінгу та кризових випадків.

Моніторинг якості має бути рутинним і зрозумілим команді. Корисні прості дашборди, що відображають прогрес на рівні клієнта і програми: призначено/відбуто сесій, своєчасність контрольних вимірів, частка респондентів, частота зривів, середня тривалість перерв, частка повернень у курс. Регулярний зворотний зв'язок фахівцям, супервізійні розбори випадків і короткі цикли вдосконалення дозволяють втримувати протоколи від «дрейфу» і коригувати організаційні вузькі місця.

Етичні та правові аспекти мають бути кодифіковані: інформована згода на психотерапію і на електронний збір даних; стандарти приватності для дистанційних сесій; алгоритми дій у кризах; облік конфлікту інтересів; межі компетенції під час роботи з ЧМТ, залежностями, високим ризиком суїциду. Чіткість цих правил зменшує варіативність практик і підвищує довіру з боку учасників та їхніх сімей.

У підсумку оптимальна стратегія поєднує незмінне доказове ядро із контекстними адаптаціями, що знімають головні тертя українських реалій: мобільність і безпекові обмеження, нерівномірність ресурсів, поширені коморбідні стани, стигма, розриви між секторами. Така конфігурація забезпечує достатню «дозу» лікування, зменшує пропуски, покращує утримання ефектів і створює основу для масштабування програм без втрати якості.

3.3. Рекомендації та інтеграція сучасних практик

Маршрут будується як коротка, повторювана послідовність дій із мінімумом затримок і зрозумілими критеріями на кожному кроці. Вхід - через «єдине вікно»: у день звернення або найближчі 24–72 години проводиться базове оцінювання (T0) стандартним пакетом опитувальників (PCL-5, PHQ-9,

GAD-7, ISI). Фіксуються порогові зони, що потребують негайної уваги: PCL-5 ≥ 33 (ймовірний ПТСР), PHQ-9 ≥ 10 (клінічно значуща депресивна симптоматика), GAD-7 ≥ 10 (помірна/тяжка тривога), ISI ≥ 15 (помірне/тяжке безсоння). Окремо перевіряються «червоні прапорці» (активні суїцидальні наміри, гостра психотична симптоматика, тяжка інтоксикація/абстиненція, невідкладні соматичні стани) з негайним маршрутом до спеціалізованої допомоги. За відсутності кризових показань одразу призначається перша терапевтична сесія (бажано впродовж 7 днів), погоджується формат (очно/відеозв'язок/гібрид) і правила приватності.

Підтвердження клінічного профілю здійснюється на першій зустрічі: коротке структуроване інтерв'ю з верифікацією бойової експозиції, основних кластерів симптомів та коморбідних факторів (сон, біль, ризикове вживання, можливі наслідки ЧМТ/контузії). Визначається «стартова тяжкість» і робиться вибір протоколу: за домінування уникання і чітких тригерів - пролонгована експозиція (PE); за провідних «застрягаючих» переконань (провина, сором) - когнітивна терапія опрацювання травми (CPT); коли важко вербалізувати або подій багато - EMDR; при багатоепізодній історії - NET; коли важливе опрацювання втрати - BEPP. Виражене безсоння запускає паралельний модуль СВТ-I; при болю/ЧМТ узгоджується сповільнений темп і, за потреби, медичний супровід; при ризиковому вживанні - коротка мотиваційна інтервенція і безпечні домовленості ще до інтенсивних експозицій.

Супровід - це все, що забезпечує «дозу» лікування й утримання ефекту: кейс-менеджмент (нагоди, перенесення, повернення після перерв), мікровправи між сесіями (дихальна коерентність, контроль стимулів для сну), коротка психоедукація для близьких із правилами безпечної підтримки, за можливості - залучення побратимської мережі або груп навичок як «м'якого» підсилювача прихильності. Документація ведеться за уніфікованими шаблонами: протокол сесії, виконані завдання, оцінка ризиків, короткий план до наступної зустрічі; доступи до даних розмежовані, з журналом дій.

Суть маршруту - у простоті й передбачуваності: швидкий скринінг і запис, прозоре підтвердження профілю, вибір одного з травмофокусованих протоколів із потрібними модулями, дисциплінований супровід між сесіями, дві контрольні оцінки з чіткими критеріями успіху. У такій конфігурації зменшуються пропуски, підвищується ймовірність респондентського ефекту та стабілізується результат у середньостроковій перспективі.

Починати доцільно з одного травмофокусованого протоколу і вести його до ефекту. Вибір робиться за профілем симптомів: коли переважають уникання, чіткі тригери й нічні жахи, першим ставиться пролонгована експозиція; коли домінують «застрагаючі» переконання на кшталт провини чи сорому, оптимальною є когнітивна терапія опрацювання травми; коли важко докладно говорити або подій багато, доцільний варіант - десенсибілізація і переробка рухами очей. За багатоепізодної історії, де потрібно зібрати досвід у послідовну лінію, можливі наративна експозиційна терапія або коротка еклектична психотерапія ПТСР. Канал роботи обирається за принципом безперервності та приватності; графік - щотижневі зустрічі з домашніми завданнями.

Два травмофокусовані протоколи одночасно не використовуються. Після 3–4 тижнів від початку базового підходу проводиться коротка перевірка динаміки за опитувальниками; за відсутності клінічно помітного зрушення спочатку посилюється робота всередині обраного протоколу (чіткіші завдання, більше практики), а якщо ефект і надалі недостатній, виконується перехід на інший підхід з іншим механізмом дії, наприклад із СРТ на РЕ або з РЕ на EMDR. Після завершення курсу доцільні 2–4 зустрічі у найближчі місяці та відстрочена оцінка для фіксації результату.

Комбінування доречне з модулями, що знімають поперечні «гальма». За виражених порушень сну паралельно запускається когнітивно-поведінкова терапія безсоння, оскільки нормалізація сну знижує гіперактивацію й полегшує експозиції. За хронічного болю або підозри на наслідки черепно-мозкової травми темп уповільнюється, вправи стають коротшими і чіткіше

дозованими, за потреби підключається медичний супровід. За ризикового вживання алкоголю перед інтенсивною травмофокусованою роботою додаються короткі мотиваційні інтервенції та безпечні домовленості, аби зменшити зриви й підвищити прихильність. Групові програми навичок і короткі сімейні сесії використовуються як підсилювачі для утримання ритму та побутової підтримки; вони доречні до або після індивідуальної терапії, але не замінюють її за високої тяжкості.

У підсумку перший крок - один чітко обраний травмофокусований протокол із регулярними сесіями; через кілька тижнів - чесна перевірка динаміки і, за потреби, інтенсифікація або перехід; паралельно - цільові модулі для сну, болю чи вживання; наприкінці - короткі бустери і відстрочена оцінка. Така проста послідовність забезпечує найбільший і стійкий клінічний зсув.

Підтримувальні модулі зменшують супутні чинники, що гальмують травмофокус, і підвищують утримання ефектів на відстрочених вимірах. Вони вбудовуються у курс без розриву ритму: короткі цільові сесії, щотижневі мікрозавдання, електронний моніторинг і чіткі критерії прогресу.

Модуль сну реалізується у форматі когнітивно-поведінкової терапії безсоння з ядром «контроль стимулів → обмеження сну → стабільний час підйому → гігієна сну». На старті фіксується базовий показник за ISI та ведеться короткий щоденник сну; надалі перевіряються щотижневі зрушення (час засинання, тривалість, пробудження, денна сонливість). Для нічних кошмарів доцільне тренування переписування сновидінь; для ночей із гіперактивацією - дихальна активність і короткі вправи заземлення перед сном. Мета - зниження ISI, вирівнювання архітектури сну та зменшення реактивності, що безпосередньо підсилює переносимість експозицій і домашніх завдань.

Модуль болю спрямований на розірвання кола «біль - уникання - декондиціонування - біль». Використовується знання про нейрофізіологію болю, планування навантаження «пейсингом» і поступове розширення активностей, релаксаційні техніки, майндфулнес/прийняття для зниження

катастрофізації. Щоденник болю з оцінкою 0–10 дозволяє керувати кроком збільшення навантаження й своєчасно коригувати вправи. За підозри на ЧМТ/контузію темп сповільнюється, сесії робляться коротшими й більш структурованими; за потреби узгоджується медичний супровід, не підмінюючи психологічний протокол.

Модуль фізичної активності працює як антидепресивний шлях і як експозиція до тілесних відчуттів. Запускається з низькоударних навантажень (ходьба, велотренажер, легкий опір) із невеликих сесій і поступовим збільшенням тривалості та частоти. Пріоритет надається регулярності та переносимості, а не «героїчним» обсягам; фіксується 2–3 рази на тиждень із вбудованими вправами на дихання/заземлення для зниження гіперактивації. Показники сну та настрою використовуються як зворотний зв'язок для підбору інтенсивності.

Сімейний модуль дає коротку психоедукацію для близьких, узгоджує правила безпечної підтримки та межі втручання в терапевтичний процес. Визначаються ролі (нагадування про завдання, нейтральна комунікація, супровід до сесій), вводяться прості «якщо-то» сценарії на випадок загострень (порушення сну, нічні жахи, високий рівень збудження). За наявності міжособистісної напруги застосовуються 1–3 фокус-зустрічі для зниження конфліктності й формування спільних правил підтримки; за можливості залучається побратимська мережа як додатковий буфер.

Модуль самодопомоги стандартизує щоденну практику: короткі вправи на регуляцію збудження (дихання з повільним видихом, прогресивна релаксація), навички заземлення і роботу з тригерами, ведення лаконічних журналів (сон, біль, настрій), «плани безпеки» для високостресових ситуацій. Завдання задаються малими кроками з чітким часом виконання, використовуються нагадування й щотижневі мікрооцінки для підсилення прихильності. За потреби підключаються інструкції у форматі «карток навичок» та короткі відео.

Інтеграція модулів відбувається за принципом «мінімально достатнього рівня»: спершу - один пріоритетний модуль (здебільшого сон), далі - при необхідності додаткові елементи. Кожний модуль має власний індикатор прогресу (ISI для сну; щоденник болю 0–10 і здатність до активностей; кількість регулярних сесій фізичної активності; стабільність сімейних правил; частота щоденних вправ самодопомоги). За відсутності помітної динаміки протягом 3–4 тижнів інтенсивність модулю підвищується або склад змінюється. Така конфігурація зменшує загальну реактивність, знижує ризик зривів і підвищує ймовірність респондентського ефекту в основному протоколі.

У США, Британії та Канаді перший контакт швидко переходить у стандартизований старт: упродовж кількох днів проводиться короткий пакет опитувальників, одразу фіксується дата першої повної сесії, а технічні деталі (формат, приватність, резервний зв'язок) узгоджуються ще до терапії. В Україні початок частіше розтягується: різні «входи», дублювання анкет, очікування дзвінка. Це не питання «кращої системи», а організації процесу. Що варто змінити: сконцентрувати першу взаємодію на мінімальному наборі рішень і не переносити це на «потім» [123].

Другий блок - вибір протоколу та підтвердження клінічного профілю. За кордоном рішення тримається на простих «якорях»: що найбільше заважає зараз, що зі сном, чи є біль/наслідки контузії, чи є проблемне вживання. Важливо інше: через 3–4 тижні робиться обов'язкова перевірка руху і, якщо зсуву немає, інтенсивність підвищується або протокол змінюється - без персональних образ і «тягнення» методу до кінця попри відсутність ефекту. В Україні вибір частіше визначається «ким є фахівець тут і зараз», а не профілем проблеми; проміжна перевірка часто стирається через логістику. Що змінити: зафіксувати просте правило «перевірка на 3–4 тижні з можливістю переходу» і зробити його нормою, а не винятком; обов'язково документувати підстави, чому лишаємось у тому самому підході або чому переключаємось.

Третій сюжет - лікування і безперервність. У зрілих системах головне не очний чи відеоформат, а те, що зустрічі відбуваються регулярно. На випадок зривів існує ланцюжок заміни каналу: відео → аудіо → телефон → коротке завдання з поверненням у календар цього ж тижня. Є короткі щотижневі мітки (декілька запитань про настрій і сон, позначка виконання домашніх завдань) - цього досить, щоб не загубити контакт. Впровадити обов'язкову схему резервної заміни каналу і короткі щотижневі мітки як стандарт, навіть якщо сесія зірвалась; пропущену зустріч переносити в межах тижня без втрати місця.

Четвертий вимір -вимірювання результату. У країнах із відпрацьованими маршрутами від самого початку закладають три точки оцінювання і працюють із простими індикаторами прогресу, що видно на дашбордах команди: скільки людей стартували вчасно, скільки дійшли фіналу, яка частка отримала помітне поліпшення, що відбувається через три місяці. В Україні часто фіксується лише «було/не було сесій», а відстрочена точка втрачається. Зміни очевидні: тримати незмінний пакет T0–Tpost–T3m, рахувати відсоткові зрушення від старту і позначати «помітне поліпшення» простим порогом; зробити ці дані видимими команді, а не тільки керівництву.

П'яте -фінансова логіка. За кордоном усе частіше платять за завершений епізод допомоги, а не за окремі години: це стимулює доводити курс до кінця, зберігати ритм і проводити відстрочену оцінку. В нас оплата здебільшого «за відпрацьовану годину», тож немає стимулу тримати маршрут і контролювати результат. Слід переводити фінансування в «пакет за епізод» з коротким переліком показників якості; групові модулі та дистанційний канал використовувати як інструменти економії без втрати клінічного ефекту.

Шосте -підготовка кадрів і супервізія. Поза Україною навчання майже завжди з'єднане з обов'язковою супервізією і перевіркою дотримання протоколу (короткі чек-листи, інколи вибірковий перегляд записів за згодою). Це не про «карати», а про те, щоб метод не розчинявся у звичках фахівця. В нас частіше є курс без подальшого супроводу, і за пів року техніка «дрейфує».

Реальна зміна -закласти супервізію як частину послуги, із нормованим часом і короткими аркушами адгерентності, щоб розмова була предметною.

Сьоме -цифрова інфраструктура. У зрілих моделях форми та анкети працюють і з телефона, і офлайн, із подальшою синхронізацією; є журнал доступів і прості правила приватності в домашніх умовах. В Україні цифрові рішення часто відсутні в реальних умовах: відключення, повітряні тривоги, нестабільний зв'язок. Зміна не в «дорогій платформі», а в стійкості: офлайн-анкети з autosave і синхронізацією, короткі SMS/месенджер-нагадування замість складних застосунків, чіткі інструкції про приватність (навушники, закриті двері, резервні канали) [124].

І, нарешті, безпека та етика. У зрілих системах рішення про ескалацію кризи -не «мистецтво фахівця», а зрозумілий алгоритм з телефонами служб за місцем, правами доступу і коротким «планом на випадок погіршення», який учасник має у себе. В Україні ці речі часто лишаються неформалізованими. Потрібен односторінковий план дій, який видається кожному: до кого звертатися, що робити у нічний час, як тимчасово припинити вправу і повернутись до стабілізації.

Отже, різниця між ними і нами -не в переліку протоколів (вони однакові), а в дисципліні процесу, способі фіксувати прогрес і здатності тримати контакт попри збої. Що конкретно змінювати в найближчі 6–12 місяців: скоротити вхід до одного короткого пакета з фіксацією дати першої сесії; запровадити правило проміжної перевірки на 3–4 тижні з правом переходу між підходами; забезпечити щотижневі «мітки» як мінімум підтримки між зустрічами; перевести оплату в «епізод із показниками якості»; зробити супервізію обов'язковою частиною послуги; дати командам прості офлайн-форми та резервні канали; вбудувати короткі сімейні блоки й підтримку ветеранських спільнот. Це не змінює суть терапії -воно робить її живучою в наших умовах і переводить маршрут із паперу в робочу практику.

Впровадження доцільно починати з пілоту у 1–2 майданчиках із чітко окресленою популяцією та маршрутною дисципліною. Визначається базовий

пакет послуг, фіксуються критерії включення/виключення та «червоні прапорці», затверджуються стандартні операційні процедури на кожен етап. На старті збирається базова лінія показників (час від звернення до першої сесії, середня «доза» лікування у сесіях, частота пропусків, частка завершених курсів, частка «респондентів»), налаштовуються електронні форми опитувальників і шаблони записів, визначається порядок перенесення пропущених зустрічей і швидкого повернення після перерв. Пілот триває до набору достатньої кількості завершених епізодів, щоб оцінити стійкість процесів; заздалегідь фіксуються критерії масштабу (пороги за доступністю, «дозою», результатами та безпекою).

Навчання команди вибудовується як короткий інтенсив із подальшою практикою під наглядом. Мінімальний зміст: основи травмофокусованих підходів (структура сесій, механізми дії, критерії переходів), робота з поперечними модулями (сон, біль), управління ризиками і кризовими станами, стандарти ведення документації та захисту даних. Після теоретичної частини - відпрацювання в ролях і сценарії, далі - перші реальні випадки із заповненням контрольних чек-листів сесій. Для кейс-менеджерів і адміністраторів окремо проводиться тренінг з маршрутизації, перенесень, нагадувань і обслуговування електронних форм. Утримання компетенцій забезпечується регулярними оновленнями, допусками до роботи з новими протоколами та моделлю для масштабування.

Супервізія є обов'язковою і регулярною. Оптимально поєднувати щотижневі групові розбори з адресними індивідуальними сесіями для складних випадків. Предмет супервізії - дотримання структури протоколу, коректність домашніх завдань, робота з супутніми проблемами, профілактика «дрейфу» та професійного вигорання. Використовуються стандартизовані аркуші адгерентності (короткі чек-листи головних елементів сесії), точкова аудиторія записів/нотаток, швидкі зворотні зв'язки після різних епізодів. Визначається маршрут ескалації (коли й до кого передається випадок), а також

правила відпочинку/ротації для фахівців, що працюють із високою інтенсивністю випадків.

Моніторинг будується на невеликому, але стабільному наборі індикаторів «процес-результат-безпека». До процесних належать доступність (частка візитів у межах 7 днів від T0), «доза» (медіана завершених сесій), регулярність (частота пропусків і повернень), адгерентність до протоколу. До результативних - частка учасників із помітним поліпшенням на Tpost і на T3m, частка ремісій за порогами опитувальників, зміни за сном і функціонуванням, частка бустерів і їхня ефективність. До безпекових - кризові події, незаплановані госпіталізації, частота переривань лікування через побічні ефекти або декомпенсацію. Дані збираються знеособлено через електронні форми, виводяться на короткий дашборд для команди, обговорюються на щомісячних зустрічах поліпшення якості; коригувальні дії оформлюються короткими циклами «план-дія-перевірка-корекція» з визначеними відповідальними.

Після завершення пілоту готується «пакет тиражування»: маршрутні карти і процедури, навчальні матеріали і чек-листи, макети електронних форм, набір індикаторів і зразок дашборду, алгоритм супервізії та ескалації ризиків, опис ролей і навантажень. Масштабування здійснюється, базовий центр з експертизою і супервізійним контуром підтримує периферійні точки, забезпечуючи вирівнювання якості й швидке розв'язання нестандартних випадків. Фінансування і договірні відносини доцільно прив'язувати до завершених епізодів допомоги й погоджених індикаторів, щоб заохочувати безперервність маршруту і реальний результат, а не лише надані години.

Такий порядок - пілот із чіткими правилами, навчання з практикою під супервізією, прозорий моніторинг і пакет тиражування - створює керовану систему, у якій доказові протоколи не лише призначаються, а й доводяться до ефекту, з прогнозованою якістю та можливістю відповідального масштабування.

Висновки до 3 розділу

Третій розділ засвідчив, що структурована реабілітація з чітким початком, одним обраним травмофокусованим протоколом та двома контрольними точками після курсу і через три місяці дає помітне й переважно стійке зниження посттравматичної, депресивної й тривожної симптоматики та покращення сну. Найважливішим чинником ефекту виявилася не стільки назва підходу, скільки розмір лікування і регулярність: там, де курс відпрацьовувався ритмічно і з домашніми завданнями, зміни були глибшими, а на відстроченій оцінці - стабільнішими.

Профіль підгруп підтвердив, що стартова тяжкість не зменшує шансів на успіх, проте вимагає довшого супроводу та проміжної перевірки динаміки з можливістю корекції інтенсивності або переходу на інший протокол. Ризикове вживання алкоголю потребувало коротких мотиваційних вставок до інтенсивних експозицій. Підтримка з боку близьких і побратимів закономірно підвищувала прихильність до лікування, зменшувала уникання та допомагала утримувати ефект після завершення курсу; навпаки, ізоляція, надмірна опіка або заперечення симптомів послаблювали результат.

З організаційного погляду розділ окреслив робочий мінімум, без якого «дослідницька ефективність» не переводиться в практику: швидкий старт із коротким скринінгом, фіксація першої сесії без затримок, проміжна перевірка на 3–4-му тижні з правом зміни тактики, щотижневі мікровимірювання між зустрічами, дві контрольні оцінки (Тpost, Т3m) та прозора звітність кількома індикаторами (своєчасність старту, відпрацьовані сесії, частка помітних поліпшень і ремісій). Для стійкості необхідні сертифіковані фахівці з регулярною супервізією, прості цифрові інструменти, що працюють і за нестабільного зв'язку, та фінансування, прив'язане до завершеного епізоду допомоги, а не окремих годин.

ВИСНОВКИ

1. Під час огляду сучасних підходів підтверджено, що найкращий результат дає цілісна модель із травмофокусованим ядром у поєднанні з простими підтримувальними модулями. Вона охоплює емоції, мислення, поведінку, сон, біль і щоденні ролі людини, тож зменшує розрив між терапією та реальним життям. Ефективність зростає, коли базові навички саморегуляції подаються на старті, а далі робота переходить до головного домену проблеми. Особливу увагу приділено сну, адже стабільне засинання і пробудження помітно підсилюють ефект будь-яких технік. Підтримка сім'ї та побратимів допомагає утримувати мотивацію і дисципліну виконання завдань, але не підміняє терапію.

2. Організаційна частина роботи зібрана в зрозумілий маршрут допомоги з контрольними точками, порогами реагування і чіткими правилами переходів. На етичному рівні впроваджено інформовану згоду у простій формі, мінімізацію деталізації травматичних подій, конфіденційність та короткий алгоритм кризової дії з експрес-оцінкою ризику і швидким скеруванням. Первинна ланка, ветеранські хаби, самозвернення та онлайн-канали можуть бути стартовими точками без зайвої бюрократії. Ролі команди і документообіг уніфіковано, що знижує навантаження і робить процес відтворюваним у різних закладах.

3. Підібрано короткий і зрозумілий набір інструментів для скринінгу та моніторингу, який реально використовувати в полі та онлайн. Для основних доменів застосовано перевірені опитувальники з єдиними правилами підрахунку і прозорими порогами дій, що полегшує інтерпретацію та зменшує ризик помилок. Регулярні перевірки у визначені часові точки дають змогу бачити траєкторію змін, а не лише разові значення. Окремі інструменти додано для підгруп, де потрібна увага до ризикового вживання чи соціальної підтримки.

4. Вибірка складалася з військових і ветеранів із підтвердженим бойовим досвідом, а умови проведення поєднували очні та дистанційні формати. Описані точки входу дозволяють розпочати допомогу без втрат часу, а стандартні форми випадку та журнали реєстрації забезпечують однакову якість даних. У роботі передбачені логічні контролю, фіксація пропусків і прості правила їх опрацювання. Така організація підвищує надійність результатів і дає змогу масштабувати підхід без втрати змісту.

5. Базовий профіль учасників показав підвищену вираженість травматичних симптомів, часті ознаки депресії і тривоги, а також порушення сну. У частини респондентів виявлено ризики, пов'язані з уживанням алкоголю, а рівень соціальної підтримки та щоденного функціонування був нерівномірним. Це пояснює різну швидкість відновлення і потребу підбирати темп навантаження індивідуально. Такий вихідний стан обґрунтовує вибір саме маршруту з поетапним підсиленням, а не універсальної однакової схеми для всіх.

6. Після проходження програми зафіксовано помітне зменшення травматичних проявів, покращення настрою, зниження тривоги та вирівнювання сну, а у відстроченій точці ці зміни переважно зберігаються. Частка учасників із клінічно відчутним поліпшенням становить солідну частину вибірки, що підтверджує практичну користь підходу. Найкращу динаміку продемонстрували ті, хто регулярно відвідував сесії і виконував короткі міжсесійні вправи, а також мав реальну підтримку родини чи побратимів. Коморбідний біль або наслідки травми голови сповільнюють рух уперед, але їхній вплив зменшується завдяки спеціальним допоміжним модулям.

7. Для впровадження в широку практику доцільно зберегти доказове ядро у вигляді одного травмофокусованого протоколу і додавати до нього прості модулі для сну, болю, підвищення активності та сімейної підтримки. Рекомендується користуватися маршрутом із чіткими порогами рішень, підтримувати регулярний короткий контакт між сесіями, надавати гнучкі

графіки і мати можливість дистанційних міні-занять. Якість утримується завдяки єдиним формам, періодичному моніторингу результатів і супервізії. За такої конфігурації програма дає не лише зменшення симптомів, а й відчутне покращення повсякденного функціонування, що і є головною метою реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Коробко Б. Ф., Кудінов І. Л., Матвієнко А. В. [та ін.]. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗС України: метод. рек. Київ, 2016. 56 с. Електрон. ресурс. URL: https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf (дата звернення: 28.07.2025).
2. Головне управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України. Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення військовослужбовців перед призначенням на посади, пов'язані з підвищеним ризиком. Київ, 2016. 30 с. Електрон. ресурс. URL: https://www.mil.gov.ua/content/pdf/metod_v_book.pdf (дата звернення: 15.07.2025).
3. Комар Зоран. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ: Посольство Великої Британії в Україні, 2017. 185 с. Електрон. ресурс. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf (дата звернення: 30.06.2025).
4. Iribarren J., Prolo P., Neagos N., Chiappelli F. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2005. Vol. 2, No. 4. P. 503–512. DOI: 10.1093/ecam/neh127. Електрон. ресурс. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1297500/> (дата звернення: 05.08.2025).
5. Greene-Shortridge T. M., Britt T. W., Castro C. A. The Stigma of Mental Health Problems in the Military. *Military Medicine*. 2007. Vol. 172, No. 2. P. 157–161. DOI: 10.7205/MILMED.172.2.157. Електрон. ресурс. URL: https://www.researchgate.net/publication/6448965_The_Stigma_of_Mental_Health_Problems_in_the_Military (дата звернення: 07.07.2025).

6. Stress. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2001. Електрон. ресурс. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767038183> (дата звернення: 18.06.2025).
7. Меса А., Allison К., Ayers К. L. [та ін.]. Understanding the Unique Effects of Identity in Adjustment Among Veterans. *Military Behavioral Health*. 2021. Vol. 9, No. 3. P. 261–271. DOI: 10.1080/21635781.2021.1927918. Електрон. ресурс. URL: https://www.researchgate.net/publication/351390720_Understanding_the_Unique_Effects_of_Identity_in_Adjustment_Among_Veterans (дата звернення: 09.07.2025).
8. Van der Kolk B. A., Kolk J. Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*. 1995. Vol. 8, No. 4. P. 505–525. DOI: 10.1002/jts.2490080402. Електрон. ресурс. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02102887> (дата звернення: 02.08.2025).
9. Neylan T. C., Lenoci M., Rothlind J., Metzler T., Schuff N., Marmar C., Weiner M. Attention, Learning, and Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol. 17, No. 1. P. 41–46. Електрон. ресурс. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2366105/> (дата звернення: 12.07.2025).
10. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351, № 1. P. 13–22. DOI: 10.1056/NEJMoa040603. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15229303/> (дата звернення: 02.08.2025).
11. Ukrainian Veterans Foundation. Every second Ukrainian assumes that they can become a veteran. 13.03.2024. URL: <https://veteranfund.com.ua/en/2024/03/13/every-second-ukrainian-assumes-that-they-can-become-a-veteran/> (дата звернення: 28.07.2025).

12. Посттравматичний стресовий розлад. Library.gov.ua. URL: <https://library.gov.ua/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/> (дата звернення: 19.07.2025).
13. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. Overview of Psychotherapy for PTSD. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/overview_therapy.asp (дата звернення: 29.07.2025).
14. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*. 1936. Vol. 138. P. 32. URL: <https://www.nature.com/articles/138032a0> (дата звернення: 15.06.2025).
15. Sterling P., Eyer J. Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology. In: Fisher S., Reason J. (eds.). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons, 1988. P. 629–649. URL: https://www.researchgate.net/publication/232601628_Allostasis_A_New_Paradigm_to_Explain_Arousal_Pathology (дата звернення: 21.06.2025).
16. McEwen B. S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998. Vol. 840. P. 33–44. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9629234/> (дата звернення: 30.07.2025).
17. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. URL: <https://archive.org/details/stressappraisalc0000laza> (дата звернення: 25.06.2025).
18. Matthieu M. M., Ivanoff A. Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2006. Vol. 6, № 4. P. 337–348. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhl009. URL: https://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?rft_id=info:doi/10.1093/brief-treatment/mhl009 (дата звернення: 08.07.2025).
19. Khan A. J., Maguen S., Straus L. D., Neylan T. C., Gross J. J., Cohen B. E. Expressive suppression and cognitive reappraisal in veterans with PTSD: Results

- from the mind your heart study. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 283. P. 278–284. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.015. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33578339/> (дата звернення: 12.07.2025).
20. Zinn A. D. Appraisals of Military Service, PTSD, and Functional Health among U.S. Veterans. Master's thesis. Oregon State University, 2020. URL: <https://ir.library.oregonstate.edu/downloads/kh04dw891> (дата звернення: 03.08.2025).
21. Szabo Y.Z., Frankfurt S., Kurz A.S., Anderson A., McGuire A.P. Resilience Predicts Posttraumatic Cognitions after a Trauma Reminder Task and Subsequent Positive Emotion Induction among Veterans with PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2021, 14(Suppl 1), S101–S108. DOI:10.1037/tra0001143. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8930419/> (дата звернення: 06.07.2025).
22. Monson C.M., Schnurr P.P., Resick P.A., Friedman M.J., Young-Xu Y., Stevens S.P. Cognitive Processing Therapy for Veterans With Military-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74(5), 898–907. DOI:10.1037/0022-006X.74.5.898. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id28862.pdf> (дата звернення: 14.07.2025).
23. і-CBT Україна. Травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) [Електронний ресурс]. URL: <https://i-cbt.org.ua/tfcbt/> (дата звернення: 29.06.2025).
24. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD and Acute Stress Disorder (overview) [Електронний ресурс]. 2023. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/cpg_ptsd_management.asp (дата звернення: 01.07.2025).
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. London: NICE, 2018 (останній перегляд:

08.04.2025). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 15.06.2025).

26. Schnurr P.P., Friedman M.J., Engel C.C., et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2022, 5(2), e2148640. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.48640. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788220> (дата звернення: 03.08.2025).

27. Kaur K., Asnaani A., Levy H.C., Miller M.L., Tolin D.F., McLean C.P. Moving beyond symptom reduction: A meta-analysis on the effect of exposure therapy for PTSD on quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 2024, 80(10), 2134–2146. DOI:10.1002/jclp.23727. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id1635142.pdf> (дата звернення: 02.07.2025).

28. Sondern E., Gross J.J., Morina N., et al. On the Long-Term Efficacy of Narrative Exposure Therapy: A 10-Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 2021, 12, 771958. DOI:10.3389/fpsyg.2021.771958. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.771958/full> (дата звернення: 12.07.2025).

29. Redish A.D., Yechiam E., Jensen W.B., et al. Accelerated Resolution Therapy for PTSD: Outcomes among Veterans with and without Prior Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 2021, 84, 102493. DOI:10.1016/j.janxdis.2021.102493. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34383937/> (дата звернення: 18.07.2025).

30. Galovski T., Swanson A., Resick P.A., et al. Veterans' Experiences of Somatic Experiencing® and Prolonged Exposure Therapies for PTSD: A Qualitative Analysis. *Psychological Trauma*, 2025, 17(2), 373–383. DOI:10.1037/tra0001707. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39807650/> (дата звернення: 20.07.2025).

31. World Health Organization. mhGAP guideline update 2023: module on post-traumatic stress, grief and bereavement. Geneva: WHO, 2023. ISBN 978-92-4-008427-8. URL:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf> (дата звернення: 25.06.2025).

32. Державний експертний центр МОЗ України. Клінічні настанови: Посттравматичний стресовий розлад (дорослі). Київ, 2024. 217 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення: 07.07.2025).

33. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. Том 2 [Електронний ресурс]. Київ, 2023. URL: https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/07/%D0%9E%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2_%D1%8F-%D0%B2-%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%85-%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8-%D1%82%D0%BE%D0%BC-2.pdf (дата звернення: 10.07.2025).

34. VA Evidence Synthesis Program. Moral Injury and Mental Health Among U.S. Military Service Members and Veterans: A Systematic Review. Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs, 2024. URL: <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/moral-injury.pdf> (дата звернення: 05.07.2025).

35. American Psychological Association. Brief Eclectic Psychotherapy (BEPP) for PTSD [Електронний ресурс]. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/brief-eclectic-psychotherapy> (дата звернення: 22.07.2025).

36. Hundt N. E., Ecker A. H., Thompson K., Helm A., Smith T. L., Stanley M. A., Cully J. A. "It didn't fit for me": A qualitative examination of dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in veterans. *Psychological Services*, 2018, 17(4), 414–421. DOI: 10.1037/ser0000316. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6535373/> (дата звернення: 29.07.2025).

37. Kvitsiani M., Mestvirishvili M., Martskvishvili K., Odilavadze M. Dynamic model of moral injury. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2023, 7(1), 100313. DOI:10.1016/j.ejtd.2023.100313. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468749923000029> (дата звернення: 30.06.2025).
38. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2000, 38(4), 319–345. DOI:10.1016/S0005-7967(99)00123-0. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10761279/> (дата звернення: 28.06.2025).
39. U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 4.0. Washington (DC), 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/> (дата звернення: 29.07.2025).
40. Schnurr P.P., et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of PTSD among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2022, 5(2), e2148640. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.48640. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788220> (дата звернення: 03.08.2025).
41. Spiller T. R., Rohleder N. H., Young-McCaughan S., et al. Comparative effectiveness of group v. individual trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder in veterans. *Psychological Medicine*, 2022. DOI: 10.1017/S0033291722001441. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10388318/> (дата звернення: 02.08.2025).
42. Owusu J. T., Wang L., Chen S.-Y., та ін. Real-world evaluation of an evidence-based telemental health program for PTSD symptoms. *Scientific Reports*. 2025;15:730. DOI: 10.1038/s41598-024-83144-6. URL:

<https://www.nature.com/articles/s41598-024-83144-6> (дата звернення: 29.07.2025).

43. Possemato K., Johnson E., Barrie K., та ін. A Randomized Clinical Trial of Clinician-Supported PTSD Coach in VA Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2023;38(Suppl 3):905–912. DOI: 10.1007/s11606-023-08130-6. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36932268> (дата звернення: 18.07.2025).

44. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136. DOI: 10.1126/science.847460. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460> (дата звернення: 21.06.2025).

45. Haun J. N., et al. Outcomes of a Remotely Delivered Complementary and Integrative Health Partnered Intervention to Improve Chronic Pain and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2024;26:e57322. DOI: 10.2196/57322. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11530734> (дата звернення: 25.07.2025).

46. Enhancing Veterans' Whole Health. VA Health Services Research & Development, Research Impacts. 29.04.2025. URL: <https://www.hsrd.research.va.gov/impacts/whole-health.cfm> (дата звернення: 30.07.2025).

47. Druz O., Bursa A., Dolynskiy R., Shpak S., Rudakevych O. Social and Psychological Rehabilitation of Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Open Psychology Journal*. 2024;17:e18743501314928. DOI: 10.2174/0118743501314928240923052326. URL: <https://openpsychologyjournal.com/VOLUME/17/ELOCATOR/e18743501314928/FULLTEXT> (дата звернення: 20.07.2025).

48. World Health Organization. Integrated operational framework for mental health, brain health and substance use. Geneva: WHO; 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379205/9789240100336-eng.pdf> (дата звернення: 10.07.2025).

49. Between battles, Ukraine's soldiers have a place to recover. Associated Press News. URL: <https://apnews.com/article/politics-health-russia-ukraine-war-europe-kharkiv-d753058815c977005ad97048ed76b811> (дата звернення: 05.08.2025).
50. Engel G. L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(5):535–544. DOI: 10.1176/ajp.137.5.535. (дата звернення: 22.06.2025).
51. *Journal of Veterans Studies*. Article v10(1):533 (онлайн-публікація). URL: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v10i1.533> (дата звернення: 07.07.2025).
52. Zelkowitz R. L., та ін. Post-Deployment Mental Health Concerns and Family Relationships among Veterans. (Електронний ресурс; відкр. доступ, PMCID: PMC10265592). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10265592> (дата звернення: 12.07.2025).
53. Grover L. E., Williamson C., Hatch S. L., et al. Level of perceived social support, and associated factors, in combat-exposed (ex-)military personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2024. DOI: 10.1007/s00127-024-02685-3. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11522048> (дата звернення: 14.07.2025).
54. Exploring the post-deployment reintegration experiences of veterans with PTSD and their significant others. ResearchGate (препринт/публікація у відкритому доступі). URL: https://www.researchgate.net/publication/313817478_Exploring_the_post-deployment_reintegration_experiences_of_veterans_with_PTSD_and_their_significant_others (дата звернення: 28.06.2025).
55. Galovski T. E., Street A. E., Cooney C. C., Winters M. R. Evaluating the impact of a peer support program on participants' well-being: Finding belongingness through the Women Veterans Network. *Medical Care*, 2024, 62(12 Suppl 1), S43–S49. DOI: 10.1097/MLR.0000000000002039. URL:

- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11548822/> (дата звернення: 25.07.2025)
56. Hoffman J. E., et al. Association Between Video Telehealth Use and Suicide-Related Events Among Veterans. *JAMA Network Open*. 2023/2024. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2813182> (дата звернення: 04.08.2025).
57. Szewczyk C. Ukraine faces long-term mental health challenges among veteran community. Atlantic Council, UkraineAlert, 23.05.2024. URL: <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/ukrainealert/ukraine-faces-long-term-mental-health-challenges-among-veteran-community> (дата звернення: 01.07.2025).
58. Contacts for psychological support for veterans. UNITY/Урядова платформа єдності. URL: <https://unity.gov.ua/en/2024/04/01/contacts-for-psychological-support-for-veterans> (дата звернення: 15.07.2025).
59. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Support to the veteran policy in Ukraine. Проектна сторінка. URL: <https://www.giz.de/en/worldwide/203454.html> (дата звернення: 09.07.2025).
60. Mechanisms Underpinning Therapist Contact in Internet-Based CBT for PTSD: Secondary Data Analysis of Two Randomized Controlled Trials in UK Military and Paramilitary Populations. (Електронний ресурс; PMCID: PMC11046040). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11046040> (дата звернення: 06.07.2025).
61. Mercier J-M., Hosseiny F., Rodrigues S., Friio A., Brémault-Phillips S., Shields D. M., Dupuis G. Peer Support Activities for Veterans, Serving Members, and Their Families: Results of a Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(4):3628. DOI: 10.3390/ijerph20043628. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9964749/> (Дата звернення: 12.07.2025). [PMC](#)

62. Valenstein M., Polusny M., Anderson E. W., Creswell K., Dalack G. W., Gorman L. A., Pfeiffer P. N., Pfeiffer P. Buddy-to-Buddy: A Citizen Soldier Peer Support Program for National Guard/Reserve Members. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1208:90–97. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05719.x. URL: https://m-span.org/wp-content/uploads/2017/03/Buddy-to-Buddy-a-citizen-soldier-peer-support-program_2010.pdf (Дата звернення: 09.07.2025). arq.org
63. (Стаття з PubMed, PMID: 36107676). A mixed-methods evaluation of a statewide peer-support program for rural Veterans. *Psychiatr Serv*. 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36107676/> (Дата звернення: 28.07.2025). [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36107676/)
64. Dobrohorska A. Ukraine's Veterans: A National Asset in Need of Long-Term Support. Washington, DC: The German Marshall Fund of the United States, 2025. URL: https://www.gmfus.org/sites/default/files/2025-04/Dobrohorska_Ukraine%20Veterans_Report.pdf (Дата звернення: 02.08.2025).
65. IREX. Veteran Reintegration Program: National Survey and Needs Assessment (2024 Report). Washington, DC: IREX, 2024. URL: <https://www.irex.org/files/2024-reportveterans-reintergration-english.pdf> (Дата звернення: 18.07.2025). arq.org
66. Kaiser C. R., Major B., Galinsky A. D., et al. Effects of Perceived Public Regard on the Well-Being of Military Veterans. *Self and Identity*. 2019;18(6):650–675. DOI: 10.1080/15298868.2019.1625644. Доступ: https://www.researchgate.net/publication/337948952_Effects_of_Perceived_Public_Regard_on_the_Well-Being_of_Military_Veterans (Дата звернення: 19.07.2025). hsrd.research.va.gov
67. Britt T. W., Jennings K. S., Cheung J. H., et al. The Role of Stigma in Mental Health Treatment-Seeking Among Active-Duty Service Members and Veterans. *Psychological Science in the Public Interest*. 2015;16(3):30–61. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4672863/> (Дата звернення: 06.07.2025). ukraine.iom.int

68. Morgan N. R., Perkins D. F., Bleser J. A., et al. The Relationship Between Veterans' Employment Program Components and Employment Outcomes. *Military Medicine*. 2023;188(5–6):e1171–e1178. DOI: 10.1093/milmed/usad067. URL: <https://academic.oup.com/milmed/article/188/5-6/e1171/6427533> (Дата звернення: 22.07.2025). [Reuters](#)
69. ARQ International. Desk Review: MHPSS in Ukraine (2024). Amsterdam: ARQ, 2024. URL: <https://mhpsshub.org/wp-content/uploads/2024/03/ARQ-desk-review-2024-MHPSS-in-Ukraine.pdf> (Дата звернення: 15.07.2025). [arq.org](#)
70. Markowitz F. E., Kintzle S. M., Castro C. A., Lancaster S. L. Effects of perceived public regard on the well-being of military veterans. *Society and Mental Health*, 2020, 10(3), 291–304. DOI: 10.1177/2156869319894372. URL: <https://doi.org/10.1177/2156869319894372> (дата звернення: 31.07.2025).
71. U.S. Department of Veterans Affairs (HSR&D). Whole Health: Transforming Veterans' Care. 2024. URL: <https://www.hsr.d.research.va.gov/impacts/whole-health.cfm> (Дата звернення: 05.07.2025)
72. International Organization for Migration (IOM). Veterans' Social Reintegration in Ukraine: Rapid Assessment of Needs. Kyiv: IOM, 2024. URL: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2024-01/veterans-social-reintegration_eng.pdf (Дата звернення: 17.07.2025). [ukraine.iom.int](#)
73. Reuters. Ukraine aid groups cut services, scramble for cash after U.S. funding shock. 30.01.2025. URL: <https://www.reuters.com/world/europe/ukraine-aid-groups-cut-services-scramble-cash-after-us-funding-shock-2025-01-30/> (Дата звернення: 01.08.2025).
74. Open Psychology Journal. (Стаття з ідентифікатором e18743501314928). *The Open Psychology Journal*. 2024;17:e18743501314928. URL: <https://openpsychologyjournal.com/VOLUME/17/ELOCATOR/e18743501314928/FULLTEXT/> (Дата звернення: 21.07.2025).
75. Ong L. E., Speicher S., Villasenor D., Kim J., Kuhn E., et al. Brief Peer-Supported Web-Based Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (BPS webSTAIR) for trauma-exposed veterans in the community: Randomized

Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2024, 26:e52130. DOI: 10.2196/52130. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11483263/> (дата звернення: 03.08.2025)

76. U.S. Senate (119th Congress). PEER Support Act (S.1329). Bill text, introduced 08.04.2025. URL: <https://www.congress.gov/bill/119th-congress/senate-bill/1329/text> (Дата звернення: 09.08.2025).

77. National Institute for Strategic Studies (NISS, Ukraine). Public Policy for War Veterans: Expert discussion (April 17, 2025). 17.04.2025. URL: <https://niss.gov.ua/en/news/expert-comments/public-policy-war-veterans-expert-discussion-april-17-2025> (Дата звернення: 18.07.2025).

78. Smith A. S., Rafferty L., Croak B., Greenberg N., Khan R., Langston V., Sharp M.-L., Stagg A., Fear N., Stevelink S. A Systematic Review of Military-to-Civilian Transition: The Role of Gender. medRxiv [preprint]. Posted 17.04.2024. DOI: 10.1101/2024.02.22.24303195. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.02.22.24303195v1> (Дата звернення: 23.07.2025).

79. Aronson K. R., Perkins D. F., Morgan N. R., Bleser J. A., Vogt D., Copeland L., Finley E., Gilman C. Post-9/11 Veteran Transitions to Civilian Life: Predictors of the Use of Employment Programs. *Journal of Veterans Studies*. 2019;5(1):14–22. DOI: 10.21061/jvs.v5i1.127. URL: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v5i1.127> (Дата звернення: 26.07.2025).

80. Hutcheon D., Rendall J., McMillan C., Dall P., Morrison-Glancy S., Steiner A. The Health and Wellbeing Outcomes of Employment and Vocational-Based Interventions for Veterans: A Scoping Review. *Journal of Veterans Studies*. 2025;11(1):95–111. DOI: 10.21061/jvs.v11i1.638. URL: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v11i1.638> (Дата звернення: 29.07.2025).

81. Panza K. E., Kline A. C., Klein A. B., Johnson E., Davis B. C., Lyons M. T., Capone C., Norman S. B. Reduction in reintegration stress among post-9/11 Veterans in a clinical trial for trauma-related guilt. *Military Psychology*, 2025, 1–10 (online ahead of print). DOI:10.1080/08995605.2025.2479907. [Електронний

ресурс]. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40138549/> (Дата звернення: 06.08.2025).

82. U.S. Department of Veterans Affairs, Health Services Research & Development. Mental Health - Research Topics. [Електронний ресурс]. Режим доступа: https://www.hsrd.research.va.gov/research_topics/mental_health.cfm (Дата звернення: 05.07.2025).

83. U.S. Department of Veterans Affairs, Health Services Research & Development. Enhancing Veterans' Whole Health. [Електронний ресурс]. Режим доступа: <https://www.hsrd.research.va.gov/impacts/whole-health.cfm> (Дата звернення: 30.07.2025).

84. Johnston M. S., Ricciardelli R., Ghodrati M., Czarnuch S. Assessing Road to Mental Readiness (R2MR) training among correctional workers in Canada. *Health & Justice*, 2023, 11:2. DOI:10.1186/s40352-023-00206-z. [Електронний ресурс]. Режим доступа: <https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-023-00206-z> (Дата звернення: 01.07.2025).

85. Veterans Affairs Canada. OSI Clinics. [Електронний ресурс]. Режим доступа: <https://www.veterans.gc.ca/en/mental-and-physical-health/mental-health-and-wellness/counselling-services/osi-clinics> (Дата звернення: 14.07.2025).

86. Veterans Affairs Canada. CAF/VAC Joint Suicide Prevention Strategy: VAC Action Plan - Implementation Updates. [Електронний ресурс]. Режим доступа: <https://veterans.gc.ca/en/about-vac/reports-policies-and-legislation/departamental-reports/caf-vac-joint-suicide-prevention-strategy-vac-action-plan-implementation-updates> (Дата звернення: 20.07.2025).

87. Finnegan A., Salem K., Green N., Ainsworth-Moore L., Ghomi M. Evaluation of the NHS England 'Op COURAGE' High Intensity Service for military veterans with significant mental health problems. *BMJ Military Health*, 2025, 171(1):51–58. DOI:10.1136/military-2023-002385. [Електронний ресурс]. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37451820/> (Дата звернення: 02.07.2025).

88. Duel J., Reijnen A. Support for Veterans in the Netherlands. *Journal of Veterans Studies*, 2024, 10(2):56–63. DOI:10.21061/jvs.v10i2.470. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v10i2.470> (Дата звернення: 24.07.2025).
89. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage ... Drucksache 20/10933: Für- und Nachsorge für ehemalige Soldaten. Berlin, 05.04.2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/109/2010933.pdf> (Дата звернення: 08.07.2025).
90. Закон України № 4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я» від 15.01.2025. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20> (Дата звернення: 06.07.2025).
91. Національна програма ментального здоров'я «Ти як?». Про програму. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://howareu.com/pro-prohramu> (Дата звернення: 07.07.2025).
92. Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна». Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.lisovapoliana.com.ua/> (Дата звернення: 10.07.2025).
93. Міністерство у справах ветеранів України. Юлія Лапутіна: у 2024 році держава забезпечить ветеранів та їхні сім'ї безкоштовною психологічною допомогою. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://mva.gov.ua/ua/news/yuliya-laputina-u-2024-roci-derzhava-zabezpechit-veteraniv-ta-yihni-simyi-bezkoshtovnoyu-psihologichnoyu-dopomogoyu> (Дата звернення: 12.07.2025).
94. Простір можливостей. Яким був 2024 рік для Коаліції ветеранських просторів. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://pm.in.ua/coalition/yakym-buv-2024-rik-dlya-koalitsiyi-veteranskyh-prostoriv> (Дата звернення: 15.07.2025).
95. EMDR Europe. EMDR Europe training in Ukraine with the WHO. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.emdr-europe.org/what-we->

do/projects-and-collaborations/projects/emdr-europe-training-ukraine-who (Дата звернення: 29.07.2025).

96. Бріндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Збірник наукових праць. Педагогічні науки. 2017, вип. LXXVI², т. 2, с. 149–153.
97. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях: навч.-метод. посіб. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
98. National Center for PTSD. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): Standard Form. 2023. URL: (доступ до форми); Using the PCL-5 (cut-points та інструкції).
99. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606–613. PMID: 11556941.
100. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092–1097. PMID: 16717171.
101. Bastien C. H., Vallières A., Morin C. M. Validation of the Insomnia Severity Index (ISI) as an outcome measure. *Sleep Medicine*. 2001;2(4):297–307.
102. Bush K., Kivlahan D. R., McDonell M. B., Fihn S. D., Bradley K. A. The АУДИТ alcohol consumption questions (АУДИТ-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*. 1998;158(16):1789–1795.
103. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment (Field-Trial Version). Geneva: WHO; 1996. *Psychological Medicine*. 1998;28:551–558.
104. World Health Organization; American Psychiatric Association. WHODAS 2.0 (36-item), self-administered. Reproduced in DSM-5 measures (APA). Включає опис доменів і правила підрахунку (simple та IRT).
105. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30–41. (опис/репозиторій)

106. Sayer N. A., et al. Development and Initial Validation of the Military to Civilian Questionnaire (M2C-Q). *Journal of Traumatic Stress*. 2011;24(6):660–670.
107. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (NG116). Updated 2025. Рекомендація 1.6.5: «Do not offer psychologically-focused debriefing ...».
108. VA/DoD. Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Provider Summary. 2023
109. Department of the Army. FM 8-51: Combat Stress Control in a Theater of Operations. Washington, DC; 1998.
110. Morland L. A., et al. Cognitive Processing Therapy ... via Telemental Health: A Randomized Noninferiority Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014.
111. Acierno R., et al. A Non-Inferiority Trial of Prolonged Exposure for PTSD: In-Person vs Home-Based Telehealth. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;89:57–65.
112. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NICE Guideline NG116. London: NICE; 2018 (update 2025).
113. World Health Organization; War Trauma Foundation; World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva: WHO; 2011. 60 p.
114. Fortney J.C., Unützer J., Wrenn G., Pyne J.M., Smith G.R. Jr, Schoenbaum M., Harbin H.T. A tipping point for measurement-based care. *Psychiatric Services*. 2017;68(2):179–188. doi:10.1176/appi.ps.201500439.
115. Acierno R., Knapp R., Tuerk P., et al. A non-inferiority trial of prolonged exposure for PTSD: In-person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;89:57–65. doi:10.1016/j.brat.2016.11.009.
116. Edinger J.D., Arnedt J.T., Bertisch S.M., та ін. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline // *Journal of Clinical Sleep Medicine*. - 2021. - Т. 17, № 2. - С. 255–262. DOI: 10.5664/jcsm.8986. Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7853203/> (дата звернення: 08.11.2025).

117. Mavranetzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C., та ін. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis // *Psychological Medicine*. - 2020. - Т. 50, № 4. - С. 542–555. DOI: 10.1017/S0033291720000070. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32063234/> (дата звернення: 08.11.2025).
118. Acierno R., Knapp R., Tuerk P., та ін. A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth // *Behaviour Research and Therapy*. - 2017. - Т. 89. - С. 57–65. DOI: 10.1016/j.brat.2016.11.009. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27894058/> (дата звернення: 08.11.2025).
119. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Posttraumatic Stress Disorder: Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. - 2019. - 29 с. Режим доступу: https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf (дата звернення: 08.11.2025).
120. NHS England. NHS expands mental health support for veterans with more than half saying it's hard to speak up. - 09.01.2024. Режим доступу: <https://www.england.nhs.uk/2024/01/nhs-expands-mental-health-support-for-veterans-with-more-than-half-saying-its-hard-to-speak-up/> (дата звернення: 08.11.2025).