

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра української мови, психології та педагогіки

Магістерська робота

за спеціальністю 053 Психологія

на тему: «Особливості надання психосоціальної допомоги
військовослужбовцям»

Виконала здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-277

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Смирнова Тетяна Миколаївна

Керівник: Ломакін Г.І., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

Рецензенти: Шейко А.О., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки;

Соколова І.М, д. психол.н., професор

кафедри української мови, психології та

педагогіки

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ	7
1.1. Поняття психосоціальної допомоги	7
1.2. Психологічні наслідки бойового досвіду у військовослужбовців	11
1.3. Соціальні та сімейні чинники ризику і ресурсності після повернення	15
1.4. Система психосоціальної допомоги військовим в Україні	19
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1. Особливості організації дослідження	27
2.2. Методи та методики емпіричного дослідження	28
Висновки до розділу 2	30
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМОСЛУЖБОВЦЯМ	33
3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження	33
3.2. Психосоціальні потреби військових та групи ризику	46
3.3. Комплексна модель психосоціальної допомоги військовослужбовцям	50
Висновки до розділу 3	57
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна в Україні спричинила безпрецедентне зростання психоемоційного навантаження на військовослужбовців, які систематично перебувають в умовах загрози життю, невизначеності, втрат, тривалого виснаження та інтенсивного стресу. Наслідками бойового досвіду можуть виступати не лише окремі психічні реакції на травматичні події, а й комплексні зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах: прояви посттравматичного стресу, підвищена тривожність, депресивні стани, порушення сну, соматизація, зниження рівня саморегуляції та стресостійкості. Усе це негативно впливає на якість життя, міжособистісну взаємодію, ефективність професійної діяльності та процес соціальної реінтеграції військових.

Водночас сучасні підходи до підтримки військовослужбовців дедалі частіше акцентують увагу на необхідності психосоціальної допомоги, яка поєднує психологічний супровід із соціальною підтримкою, ресурсною стабілізацією, відновленням функціонування та зміцненням резильєнтності. Особливої ваги набуває розуміння ролі таких чинників, як сприймана соціальна підтримка (з боку сім'ї, побратимів, громади) та резильєнтність, що можуть зменшувати інтенсивність негативних симптомів і слугувати ресурсом адаптації. Тому дослідження взаємозв'язків між проявами психоемоційного дистресу та ресурсними характеристиками у військовослужбовців є актуальним як у теоретичному, так і у практичному вимірах.

Ступінь наукової розробленості проблеми. Проблематика психологічних наслідків травматичного досвіду та бойового стресу розкривається у працях багатьох зарубіжних дослідників, які вивчали природу та симптоматику посттравматичного стресу, механізми травматизації, фактори ризику й захисту, а також ефективність психологічної

допомоги та реабілітації. Значний внесок у теорію психологічної травми та посттравматичних реакцій здійснили J. Herman, E. Foa, M. Friedman, R. Lazarus, S. Hobfoll, A. Antonovsky. Ресурсний підхід у контексті подолання стресу, зокрема резильєнтність як ключова адаптаційна характеристика, активно досліджувався J. Connor, K. Davidson, N. Bonanno, A. Masten.

У українському науковому просторі проблема психологічної підтримки військових, психотравматизації в умовах війни, психосоціальної адаптації та реінтеграції висвітлюється у роботах вітчизняних психологів і психотерапевтів. Дослідники розглядають питання стресостійкості, психологічної готовності до бойових навантажень, соціальної підтримки, психореабілітації та супроводу ветеранів. Суттєвої актуальності набули також науково–практичні розробки щодо організації мультидисциплінарної допомоги військовослужбовцям, включно з соціальною та сімейною підтримкою, психоосвітою й профілактикою дезадаптивних станів.

Отже, проблема психосоціальної допомоги військовослужбовцям має достатнє наукове підґрунтя, проте потребує подальшого емпіричного уточнення, зокрема у площині виявлення взаємозв'язків між рівнем посттравматичних проявів, тривоги, депресії та ресурсних чинників (резильєнтності й соціальної підтримки) у реальних групах військових.

Мета дослідження. Визначити особливості психосоціальної допомоги військовослужбовцям на основі аналізу взаємозв'язків між проявами посттравматичного стресу, тривоги, депресії та ресурсними факторами (резильєнтністю і сприйманою соціальною підтримкою).

Завдання дослідження

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння психосоціальної допомоги, її принципів і компонентів у роботі з військовослужбовцями.
2. Розкрити психологічні наслідки бойового стресу та травматичного досвіду у військових.
3. Охарактеризувати роль соціальної підтримки та резильєнтності як ресурсів психосоціальної адаптації.

4. Організувати та провести емпіричне дослідження психоемоційного стану військовослужбовців.

5. Визначити взаємозв'язки між показниками ПТСР (PCL-5), тривоги/депресії (HADS), резильєнтності (CD-RISC) та соціальної підтримки (MSPSS).

6. Розробити практичні рекомендації щодо удосконалення психосоціальної допомоги військовослужбовцям на основі результатів дослідження.

Об'єкт дослідження. Психосоціальна допомога військовослужбовцям як система підтримки та відновлення психічного і соціального функціонування.

Предмет дослідження. Взаємозв'язки між показниками психоемоційного дистресу (симптомами ПТСР, тривоги, депресії) та ресурсними чинниками (резильєнтністю і соціальною підтримкою) у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження. Припускається, що прояви посттравматичного стресу, тривоги та депресії у військовослужбовців негативно пов'язані з рівнем резильєнтності й сприйманої соціальної підтримки: чим вищі показники резильєнтності та соціальної підтримки, тим нижчий рівень психоемоційного дистресу. Також очікується позитивний взаємозв'язок між резильєнтністю та соціальною підтримкою як ресурсними факторами.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, систематизація й узагальнення наукових джерел з проблематики психосоціальної допомоги, бойового стресу, ПТСР, соціальної підтримки та резильєнтності.

Емпіричні методи: психодіагностичне тестування за методиками: PCL-5 (оцінка симптомів посттравматичного стресу), HADS (оцінка тривоги та депресії), CD-RISC (оцінка резильєнтності), MSPSS (оцінка сприйманої соціальної підтримки).

Математико–статистичні методи: описова статистика; перевірка нормальності розподілу; кореляційний аналіз.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що: уточнено роль соціальної підтримки та резильєнтності як ресурсних чинників зниження психоемоційного дистресу у військовослужбовців; встановлено характер і напрям взаємозв'язків між симптомами ПТСР, тривоги, депресії та ресурсними показниками; розкрито психосоціальні аспекти допомоги військовим на основі отриманої кореляційної моделі.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для: удосконалення програм психосоціальної підтримки військовослужбовців у громаді (м. Самар); підготовки практичних рекомендацій для психологів, соціальних працівників та фахівців мультидисциплінарних команд; розробки профілактичних заходів щодо зниження ризиків ПТСР, тривоги та депресії шляхом підвищення резильєнтності й посилення соціальної підтримки.

Апробація результатів. Результати дослідження представлені у вигляді тез на наукових конференціях, а також використані у практичній діяльності психологів і фахівців психосоціального супроводу військовослужбовців.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. У роботі представлено теоретичний аналіз проблеми, опис організації емпіричного дослідження, результати статистичної обробки даних, їх інтерпретацію та практичні рекомендації.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ

1.1. Поняття психосоціальної допомоги

Психосоціальна допомога в сучасній гуманітарній, психологічній та соціальній практиці розглядається як комплексний вид підтримки, спрямований на відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та ресурсності особистості в умовах кризових, травматичних або тривало стресових подій. У умовах війни психосоціальна допомога набуває особливого значення, оскільки військовослужбовці зазнають систематичного впливу екстремальних факторів: реальної загрози життю, втрат, фізичного виснаження, невизначеності, а також тривалого напруження, яке порушує механізми саморегуляції та адаптації. Саме тому надання психосоціальної допомоги військовим має спиратися не лише на індивідуальні психотерапевтичні інтервенції, а й на ширший системний підхід, що охоплює соціальні зв'язки, сімейні відносини, умови служби, доступність підтримки та міжвідомчу взаємодію [22].

У науковій літературі психосоціальна допомога визначається як інтегрована система заходів, що включає психологічну підтримку (психоосвіту, кризове консультування, психокорекцію), соціальну допомогу (посередництво, соціальний супровід, сприяння доступу до сервісів) і ресурсоорієнтовані практики (підвищення резильєнтності, формування навичок подолання стресу, зміцнення соціальної підтримки). Подібний підхід відповідає сучасним уявленням про людину як про суб'єкта соціальних взаємин, для якого психологічний стан і соціальне функціонування утворюють єдину систему. Українські дослідники підкреслюють, що психосоціальна допомога є ефективною лише за умови поєднання емоційної стабілізації та відновлення здатності до активної життєдіяльності, особливо в

групах, які пережили травматичні події, зокрема військовослужбовців, ветеранів, членів їхніх родин [5].

Особливістю психосоціальної допомоги є її мультикомпонентність і міждисциплінарність. У практиці роботи з військовими психосоціальна підтримка реалізується через взаємодію психологів, соціальних працівників, медиків, реабілітологів, представників ветеранських служб, а також через участь сім'ї та спільноти. Така система є критично важливою, оскільки психотравматичні наслідки війни не обмежуються клінічними симптомами – вони відображаються у поведінці, взаємодії з оточенням, здатності підтримувати стосунки, виконувати професійні ролі, приймати рішення та планувати майбутнє. У цьому контексті психосоціальна допомога постає як екосистемний процес, де психологічна підтримка посилює соціальну адаптацію, а соціальні ресурси – знижують ризик хроніфікації психологічних порушень [30].

На думку українських авторів, зокрема В. Панка та Н. Чепелевої, психологічна допомога у кризових умовах повинна бути практично орієнтованою, доступною та спрямованою на відновлення життєвих функцій особистості, її суб'єктності та контролю над життям. Водночас В. Рибалка та С. Максименко акцентують, що ефективна підтримка ґрунтується на розумінні психологічних ресурсів як основи самозбереження та життєстійкості, а тому має включати не лише корекцію негативних станів, а й розвиток стійкості, сенсотворення, внутрішньої мотивації та здатності до саморегуляції.

Комплексність психосоціальної допомоги виявляється в її рівневій структурі. У сучасних моделях виділяють:

- 1) первинний рівень – психоосвіта, інформування, підтримка у спільноті, формування безпечного середовища;
- 2) вторинний рівень – кризове консультування, скринінг ризиків, групи підтримки, короткі втручання;

3) третинний рівень – спеціалізована психологічна, психіатрична, психотерапевтична допомога за наявності виражених симптомів або дезадаптації.

Такий підхід дозволяє знизити перевантаження спеціалізованих служб, підсилити профілактику та забезпечити раннє виявлення психологічних проблем. Для військовослужбовців це особливо важливо, оскільки бар'єрами допомоги часто стають стигматизація, переконання про необхідність «витримувати», недовіра або страх втратити репутацію в підрозділі. Саме психосоціальні моделі створюють умови для нормалізації звернення по підтримку як прийнятної та функціональної поведінкової стратегії [11].

Цілі психосоціальної допомоги військовослужбовцям

Цілі психосоціальної допомоги можуть бути описані як поєднання корекційних, профілактичних і ресурсних завдань. Основними цілями є:

1) Стабілізація психоемоційного стану – зниження гострих реакцій на стрес, тривоги, психофізіологічного напруження, відновлення базових навичок саморегуляції.

2) Профілактика ускладнень травматичного досвіду – запобігання розвитку або хроніфікації ПТСР, депресії, аддиктивної поведінки, сімейної дезадаптації.

3) Відновлення соціального функціонування – підтримка у поверненні до соціальних ролей, сімейних взаємин, професійної діяльності, формуванні конструктивної комунікації з оточенням.

4) Посилення ресурсності та резильєнтності – розвиток психологічної стійкості, адаптивних копінг-стратегій, здатності до відновлення, формування життєвих смислів та майбутньої перспективи.

5) Інтеграція в систему підтримки – забезпечення доступу до медичних, правових, соціальних і реабілітаційних послуг, налагодження маршруту допомоги.

Значну увагу українські дослідники приділяють питанню психологічної реінтеграції військових у мирне життя. Зокрема О. Кокун підкреслює

важливість поєднання психологічної підтримки з соціальними механізмами реабілітації, оскільки ефективність адаптації залежить від якості зв'язків із родиною, спільнотою та відчуття включеності в соціум [28].

Психосоціальна допомога базується на низці принципів, які забезпечують її безпечність та ефективність:

1) Принцип гуманізму та поваги до гідності – визнання цінності особистості військовослужбовця без ярликів, стигматизації чи примусу.

2) Принцип добровільності – підтримка не може бути насильницькою; важливим є формування довіри та внутрішньої мотивації до взаємодії.

3) Принцип конфіденційності – особливо значущий у військовому середовищі, де страх «розголосу» може блокувати звернення по допомогу.

4) Принцип доступності – допомога повинна бути організаційно та психологічно доступною.

5) Принцип системності та безперервності – підтримка має формувати маршрут: від первинної стабілізації до реабілітації та соціальної інтеграції.

6) Принцип ресурсності – акцент на сильних сторонах, витривалості, підтримці, сенсах і навичках, а не тільки на симптомах.

7) Принцип міжвідомчої взаємодії – об'єднання психологічних, медичних, соціальних і юридичних сервісів.

Окремо варто виділити принцип культурної та контекстної чутливості: військові мають власну систему норм, цінностей, комунікації, а тому психосоціальна допомога повинна враховувати специфіку військової культури, досвіду служби та командної взаємодії [34].

Міжнародне поле психосоціальної допомоги найбільш системно представлено в рамках підходу МНПСС (Mental Health and Psychosocial Support), який використовується у надзвичайних ситуаціях, конфліктах і гуманітарних кризах. Модель МНПСС розглядає підтримку як багаторівневу систему, де психічне здоров'я і соціальні чинники не розділяються, а

взаємодіють. У рекомендаціях гуманітарних організацій наголошується, що психосоціальна допомога повинна включати як зміцнення соціальної підтримки й спільнот, так і спеціалізовані психологічні втручання у випадках вираженого дистресу [5].

Не менш значущим є підхід *trauma-informed care* (травма-інформована допомога), який базується на розумінні того, що поведінка людини, її емоційні реакції та складнощі у взаємодії часто є наслідком пережитої травми. Травма-інформований підхід передбачає, що будь-яка допомога повинна бути організована так, щоб: не провокувати повторну травматизацію; забезпечувати відчуття безпеки; підтримувати контроль і автономію клієнта; орієнтуватися на співпрацю; підсилювати внутрішні ресурси [10].

Для військовослужбовців *trauma-informed care* є особливо релевантним, оскільки їх досвід часто поєднує травматичні події, втрати, фізіологічні наслідки стресу та складнощі в соціальній адаптації. Відповідно, ефективна психосоціальна допомога повинна враховувати симптоми ПТСР, реакції гіперзбудження чи уникнення, а також створювати безпечний формат взаємодії, що підсилює відчуття опори, довіри й керованості власним станом.

1.2. Психологічні наслідки бойового досвіду у військовослужбовців

Участь у бойових діях є одним із найбільш потужних психотравматичних чинників, що порушує звичні механізми психічної саморегуляції та адаптації. Бойовий досвід військовослужбовців характеризується впливом сукупності екстремальних факторів: постійної загрози життю, невизначеності, дефіциту відпочинку, фізичного виснаження, переживання втрат, контакту зі смертю, необхідності приймати швидкі рішення у стані тривалого напруження. У контексті сучасної психології ці

умови розглядаються як ситуації хронічного стресу високої інтенсивності, що впливають не лише на емоційно–вольову сферу, а й на когнітивні процеси, систему переконань, міжособистісні взаємини та цілісну «Я–концепцію» особистості.

З позицій стресової теорії Р. Лазаруса та С. Фолкмана, психологічні наслідки бойового досвіду значною мірою визначаються не лише фактом травматичної події, а й когнітивною оцінкою ситуації, очікуваною можливістю контролю та ефективністю копінг–стратегій. Водночас ресурсний підхід С. Хобфолла підкреслює, що ключовим механізмом травматизації є втрата або загроза втрати ресурсів – фізичних, емоційних, соціальних, статусних. Для військовослужбовця бойові дії нерідко супроводжуються виснаженням саме цих ресурсів, що підвищує ризики психоемоційної дезадаптації, формування посттравматичних розладів та тривалих змін у поведінці [2; 16; 28; 29; 42].

Найбільш поширеними психологічними наслідками бойового досвіду є гострі та хронічні стресові реакції. На початкових етапах вони можуть проявлятися у вигляді психофізіологічного напруження, порушень сну, підвищеної настороженості, дратівливості, соматичних скарг, зниження концентрації уваги. Для багатьох військових такі реакції мають природний адаптаційний характер, виконуючи мобілізуючу функцію. Однак за умов тривалого перебування у бойовій зоні, повторних травматичних подій або недостатності ресурсів відновлення стрес набуває деструктивного характеру, перетворюючись на фактор психічного виснаження та розвитку порушень психічного здоров'я.

Особливе місце серед наслідків бойового досвіду посідає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який у міжнародній діагностичній практиці розглядається як результат пережиття подій, що виходять за межі звичайного людського досвіду та супроводжуються загрозою життю, травмою або насильством. У межах сучасного психопатологічного опису ПТСР характеризується поєднанням кількох

ключових кластерів симптомів: нав'язливого повторного переживання травми (інтрузії), уникнення травматичних нагадувань, негативних змін у когніціях та емоціях, а також проявів гіперзбудження та порушення саморегуляції. Зазначені прояви можуть значно порушувати повсякденне функціонування, викликати труднощі у сімейних і соціальних стосунках та формувати стійке відчуття внутрішньої небезпеки навіть у відносно безпечних умовах.

Поряд із ПТСР у військовослужбовців часто спостерігаються тривожні та депресивні стани, які можуть існувати як самостійні порушення або коморбідно поєднуватися з посттравматичною симптоматикою. Тривожні прояви зазвичай включають підвищену напруженість, відчуття загрози, труднощі релаксації, соматичні маркери тривоги (серцебиття, тремор, дискомфорт у грудях), нав'язливі переживання щодо майбутнього. Депресивні стани, своєю чергою, характеризуються зниженням настрою, апатією, втратою інтересів, зниженням енергетичного ресурсу, песимістичними переконаннями, почуттям провини та емоційним спустошенням. Українські дослідники наголошують, що тривожно-депресивні прояви у військових нерідко маскуються під «втому», «нервові виснаження» або «емоційне вигорання», що знижує ймовірність своєчасного звернення по фахову допомогу.

Важливим наслідком бойового досвіду є порушення психологічної та соціальної адаптації після повернення з фронту. Реінтеграція до мирного життя потребує суттєвої перебудови внутрішніх регуляторних механізмів: зміни темпу життя, відсутності бойової мобілізації, переходу від командних взаємин до сімейної та громадянської комунікації. У багатьох військовослужбовців цей процес супроводжується труднощами прийняття повсякденних соціальних ролей, конфліктністю, порушеннями сімейної взаємодії, уникненням соціальних контактів. Дезадаптація може проявлятися у формі втрати життєвих орієнтирів, зниження мотивації, відчуття «чужості» у власному соціальному середовищі та розриву звичних зв'язків [5].

Одним із поширених поведінкових наслідків є підвищена агресивність та дратівливість, що може бути пов'язано як з механізмами гіперзбудження (одним із ключових симптомів ПТСР), так і з перенесенням бойових моделей реагування у цивільне життя. У військовому середовищі агресивні реакції можуть бути частково функціональними, адже забезпечують швидку мобілізацію та захист. Проте у мирному контексті вони набувають дезадаптивного характеру, провокуючи конфлікти, соціальне відчуження, труднощі в сімейній взаємодії. Вітчизняні дослідники (Кокун; Лазос; Караян) підкреслюють, що агресивність у військових нерідко супроводжується емоційною нестабільністю, труднощами ідентифікації власних переживань та зниженням толерантності до фрустрації [13].

Окремо слід виокремити емоційне виснаження, яке формується внаслідок тривалого перебування у стані напруження, відповідальності та загрози. Емоційне виснаження може поєднуватися з депресивними проявами, зниженням емпатії, відчуттям спустошення та зменшенням здатності до емоційної близькості. Важливо, що емоційне виснаження у військовослужбовців часто супроводжується розривом між зовнішнім образом «сильного» та внутрішнім переживанням вразливості, що підсилює психологічний дискомфорт і сприяє формуванню дезадаптивних копінг-стратегій.

Попри значну потребу у психосоціальній допомозі, частина військовослужбовців не звертається по підтримку або робить це із запізненням. Одним із ключових чинників є стигма, що сформована у військовій культурі навколо теми психологічних труднощів. Стигматизація може мати як зовнішній (соціальний), так і внутрішній (самостигматизація) характер. У першому випадку військовий може боятися осуду з боку побратимів або командування, сприйняття як «ненадійного», «слабкого» чи «непридатного». У другому випадку формується внутрішня заборона визнавати вразливість і потребу в підтримці, що часто базується на переконанні: «я маю впоратися сам» [22].

Додатковими бар'єрами звернення по допомогу виступають:

- 1) недостатня поінформованість про доступні сервіси психосоціальної підтримки;
- 2) недовіра до спеціалістів або страх розголошення;
- 3) відсутність досвіду безпечної психологічної взаємодії;
- 4) низька мотивація до обговорення травматичних подій;
- 5) прагнення уникнути повторного переживання травми;
- 6) обмеження доступності допомоги за місцем проживання.

У цьому контексті міжнародний підхід *trauma-informed care* наголошує, що допомога має бути не лише професійною, а й безпечно організованою, з повагою до меж, темпу клієнта та його суб'єктності. Саме психосоціальні моделі, які включають психоосвіту, групи підтримки, ресурсоорієнтовані практики та формування довірчих соціальних зв'язків, можуть знижувати бар'єри звернення по допомогу. Важливо, що для військовослужбовців ефективним фактором включення у психосоціальну систему допомоги часто є підтримка з боку побратимів і довіра до професіонала як до партнера, а не контролюючої інстанції.

Таким чином, бойовий досвід формує широкий спектр психологічних наслідків – від гострих стресових реакцій до тривалих посттравматичних проявів, тривожно-депресивних станів і соціальної дезадаптації. На тлі стигми та бар'єрів звернення по допомогу посилюється потреба у системній психосоціальній підтримці, що поєднує психодіагностику, ресурсне відновлення, розвиток резильєнтності та активізацію соціальної підтримки як ключового чинника адаптації військовослужбовців.

1.3. Соціальні та сімейні чинники ризику і ресурсності після повернення

Повернення військовослужбовця з бойових дій є критичним етапом психосоціальної адаптації, що супроводжується необхідністю переходу від

умов екстремальної мобілізації до відносно стабільного цивільного життя. Реінтеграція охоплює не лише психологічну стабілізацію, а й відновлення соціального функціонування: включеність у сімейні стосунки, участь у житті громади, повернення до професійних ролей, нормалізацію побуту та звичних комунікативних практик. У сучасних підходах до психосоціальної допомоги реінтеграцію розглядають як складний процес, що потребує узгодження особистісних змін, викликаних бойовим досвідом, із соціальними очікуваннями та умовами мирного середовища. Українські науковці підкреслюють, що в умовах війни адаптаційні механізми військових формуються в системі жорсткої дисципліни, підвищеної відповідальності, знецінення власних потреб та необхідності діяти в умовах загрози, тому повернення до цивільного середовища часто супроводжується дисонансом, внутрішнім напруженням і кризою соціальної ідентичності [5].

Реінтеграція у сімейну систему є одним із найбільш уразливих напрямів адаптації після повернення. Війна змінює не лише самого військовослужбовця, але й структуру сімейних взаємин: за час служби родина адаптується до нових умов, перерозподіляє ролі, посилює автономність або формує нові механізми самопідтримки. Повернення військового означає потребу повторного «переналаштування» сімейної системи, що нерідко відбувається через напруження, конфлікти, нерозуміння та емоційну дистанцію. У практичних роботах українських дослідників наголошується, що сім'я може одночасно виступати і ресурсом відновлення, і джерелом додаткового стресу – залежно від якості взаємодії, рівня психологічної культури, наявності підтримувальної комунікації та здатності родини адаптуватися до змін [16].

Психосоціальні труднощі реінтеграції пов'язані також із взаємодією військового з громадою. Повернувшись до цивільного середовища, військовослужбовець може переживати відчуття «відчуженості», неспівпадіння цінностей, розчарування в буденних пріоритетах оточення. Часто відзначається феномен «двох реальностей»: бойовий досвід

сприймається як радикально інший світ, тоді як громада може виявляти неповне розуміння травматичних наслідків війни. Це створює ризик соціального дистанціювання, зниження довіри та формування переконання про неможливість бути зрозумілим у мирному соціумі. У таких умовах важливими стають доступність ветеранських сервісів, наявність середовищ підтримки (ветеранські простори, групи взаємодопомоги), а також соціальна політика громади, спрямована на реінтеграцію та зменшення стигми [22].

Соціальна підтримка є одним із провідних ресурсів подолання наслідків травматичного досвіду, що підтверджується як міжнародними дослідженнями, так і українською практикою психологічної допомоги. Ресурсний підхід С. Хобфолла підкреслює, що соціальні зв'язки є базовими ресурсами, які зменшують ризик психоемоційного виснаження та попереджають втрату адаптаційного потенціалу. У контексті психосоціальної допомоги військовим соціальна підтримка виконує декілька функцій: емоційну (прийняття, розуміння), інструментальну (практична допомога), інформаційну (орієнтація, поради), а також рольову (підтвердження ідентичності та значущості).

Особливо важливим ресурсом для військових виступають побратими та ветеранська спільнота. Комунікація з людьми, які мають подібний досвід, створює простір безпечного розуміння без необхідності детального пояснення пережитого. У психологічному сенсі побратимська підтримка зменшує відчуття ізоляції, нормалізує емоційні реакції, дає змогу формувати ефективні способи подолання труднощів та підтримувати самооцінку. Українські дослідники вказують, що для ветеранів значущими є не лише індивідуальні консультації, а й групові формати взаємодопомоги, які актуалізують ресурс приналежності, підтримують соціальну включеність та відновлюють довіру до світу [9].

Важливим компонентом ресурсності є також підтримка громади та інституцій – місцевих сервісів, соціальних служб, медичних і реабілітаційних центрів. У сучасних психосоціальних моделях наголошується, що

відновлення військових має бути не лише індивідуальним процесом, а й соціально організованою системою, де громада створює умови для адаптації, забезпечує доступність допомоги, працевлаштування, соціальних гарантій, освітніх можливостей і підтримки сімей. Таким чином, соціальна підтримка виступає не лише психологічним чинником, а й структурним елементом соціальної безпеки та реабілітації.

Серед чинників ризику під час повернення до цивільного життя особливе місце займають конфлікти та порушення комунікації у сім'ї. Конфлікти можуть виникати через різні очікування щодо поведінки військового після повернення, труднощі вираження емоцій, зміну стилю взаємодії, а також через симптоми психоемоційного дистресу (підвищена дратівливість, напруження, вибухові реакції). Часто родина очікує швидкого «повернення до нормальності», тоді як військовий може переживати внутрішню нестабільність, втрату сенсів або емоційне спустошення. Зіткнення цих реальностей створює небезпеку хронізації конфліктів, відчуження та розпаду близьких стосунків [17].

Нерідко військовослужбовці переживають соціальну ізоляцію як форму самозахисту та уникнення. Ізоляція може мати різні причини: недовіра до цивільних, небажання обговорювати травматичні переживання, відчуття нерозуміння, внутрішнє виснаження, проблеми зі сном та загальне зниження енергії. У умовах відсутності підтримувальних зв'язків така ізоляція підсилює ризики тривожних і депресивних станів та ускладнює реінтеграційні процеси. Тому ключовим завданням психосоціальної допомоги є не лише зниження симптомів, а й відновлення соціальної включеності через створення доступних форматів підтримки, розвиток комунікативних навичок і відновлення довіри.

Суттєвим чинником дезадаптації може бути також втрата соціальних ролей або рольова криза. У військовому середовищі роль чітко визначена, статус підтверджується включеністю в колектив, спільною метою, дисциплінарною структурою. Повернення до цивільного життя може

супроводжуватися відчуттям втрати значущості, «порожнечі», відсутності зрозумілих перспектив або соціального визнання. Особливо гостро рольова криза проявляється у випадках, коли військовий не має змоги швидко повернутися до професійної діяльності, стикається з бюрократичними бар'єрами або не отримує підтримки у працевлаштуванні. Саме тому соціальна адаптація після повернення повинна включати елементи профорієнтації, підтримки життєвих планів, формування нових сенсів та усвідомлення власного внеску у мирне життя [19].

Отже, соціальні й сімейні чинники після повернення з війни виступають одночасно зонами ризику та ресурсності. Проблеми реінтеграції, конфлікти, ізоляція й рольова криза підсилюють психоемоційний дистрес, тоді як якісна соціальна підтримка, прийняття в сім'ї, взаємодопомога побратимів і включеність у громаду сприяють збереженню резильєнтності та формуванню конструктивних стратегій адаптації. З огляду на це психосоціальна допомога військовослужбовцям повинна бути орієнтована не лише на індивідуальну стабілізацію, а й на активізацію соціальних ресурсів як ключових умов відновлення.

1.4. Система психосоціальної допомоги військовим в Україні

Система психосоціальної допомоги військовослужбовцям в Україні формується під впливом сучасних викликів, зумовлених бойовими діями та тривалим воєнним стресом, і являє собою багаторівневу мережу державних, медичних, соціальних та громадських інституцій, спрямованих на підтримку психічного здоров'я, соціальну адаптацію та реінтеграцію військових і ветеранів. Науковці та практики підкреслюють, що ефективна підтримка військовослужбовців повинна бути системною, безперервною та міжвідомчо координованою, оскільки наслідки бойового досвіду торкаються не лише

психологічної сфери, але й соціального функціонування, сімейних стосунків, професійної реалізації, правового статусу та потреб у медичному супроводі.

У сучасних умовах психосоціальна допомога військовим в Україні набуває ознак інтегрованого сервісу, який включає психологічну підтримку, кризове консультування, психотерапевтичні втручання, соціальний супровід, юридичну допомогу, реабілітацію, а також програми адаптації до цивільного життя. Водночас специфіка військового контингенту потребує врахування бар'єрів звернення по допомогу, стигми, особливостей військової культури та високого рівня недовіри до формальних інституцій, що підсилює роль доступних та наближених до громади сервісів.

Інституційно система допомоги військовослужбовцям включає як державний сектор, так і громадські ініціативи, які часто доповнюють або компенсують прогалини офіційної підтримки. До державних структур належать медичні заклади (військові госпіталі, реабілітаційні центри, заклади психіатричної допомоги), центри соціальних служб, інколи – програми при органах місцевого самоврядування, спрямовані на підтримку ветеранів та членів їхніх сімей. На рівні державної політики важливу роль відіграють органи, відповідальні за реалізацію ветеранської політики, організацію реабілітації, соціальних гарантій та адаптаційних програм [10].

Водночас у сучасній Україні надзвичайно значущими є громадські та волонтерські структури, які активно розвивають психосоціальні програми підтримки військових, організовують консультаційні сервіси, групи взаємодопомоги, кризові лінії, тренінги саморегуляції, програми для сімей військових. У наукових і практичних джерелах підкреслюється, що саме громадський сектор швидко реагує на потреби військових, впроваджує сучасні психотерапевтичні підходи та формує інноваційні моделі допомоги, адаптовані до конкретних регіонів і соціальних умов.

Окремим важливим компонентом системи психосоціальної допомоги є розвиток ветеранських просторів – локальних осередків підтримки, що забезпечують комплексну допомогу військовим та ветеранам у форматі

«єдиного вікна». Такі простори виконують не лише сервісну, а й соціально інтеграційну функцію: вони сприяють налагодженню контактів між ветеранами, посиленню соціальної підтримки, подоланню ізоляції та формуванню активної громадянської позиції. Значущість ветеранських просторів полягає також у тому, що вони створюють середовище психологічної безпеки й прийняття, що є критичним у контексті стигми та недовіри до «формальної» психологічної допомоги. Ветеранські простори можуть включати психологічні консультації, соціальний супровід, юридичну допомогу, кар'єрне консультування, зустрічі підтримки, навчальні програми та культурно–реабілітаційні заходи [6].

Сучасні підходи до психосоціальної допомоги військовослужбовцям передбачають роботу мультидисциплінарної команди, що дозволяє комплексно охоплювати різні рівні потреб військових. Психологічні наслідки бойового досвіду нерідко супроводжуються соматичними порушеннями, хронічними болями, психосоматичними проявами, соціально–правовими труднощами, конфліктами в сім'ї, проблемами працевлаштування та соціальної адаптації. Тому ефективна система допомоги повинна включати не лише психологічний супровід, а й медичні, соціальні та реабілітаційні компоненти.

До складу мультидисциплінарної команди, залежно від рівня допомоги, можуть входити:

- 1) психолог / клінічний психолог;
- 2) психотерапевт;
- 3) лікар–психіатр (за потреби);
- 4) сімейний лікар або реабілітолог;
- 5) соціальний працівник;
- 6) юрист (для соціально–правового супроводу);
- 7) фахівець із працевлаштування/кар'єрний консультант;
- 8) представники громадських ветеранських організацій;
- 9) інколи – капелан або духовний радник (за бажанням клієнта).

У науковій літературі наголошується, що мультидисциплінарний підхід дозволяє не тільки надавати допомогу більш ефективно, а й забезпечувати її континуальність: від первинної стабілізації та кризової підтримки – до психотерапевтичної та соціальної реабілітації. Важливим є також узгодження зусиль команди та етична взаємодія між спеціалістами, щоб уникати дублювання функцій або суперечливих підходів. Українські дослідники підкреслюють, що якість допомоги значною мірою визначається не лише наявністю спеціалістів, а й ефективністю координації та підтримкою єдиного маршруту клієнта.

Попри розвиток мережі допомоги, система психосоціальної підтримки військових в Україні стикається з низкою організаційних, кадрових та соціально–психологічних проблем. Однією з ключових проблем є нерівномірність доступності допомоги у різних регіонах. В одних громадах діють активні ветеранські простори та мультидисциплінарні центри, тоді як в інших – допомога обмежується окремими консультаціями або формальними соціальними процедурами. Регіональні відмінності посилюються браком спеціалістів, недостатнім фінансуванням або відсутністю налагодженої координації [17].

Суттєвим викликом є також дефіцит підготовлених кадрів, які мають досвід роботи з травмою та розуміння специфіки військового середовища. Допомога військовим потребує травма–інформованих підходів, навичок кризового втручання, розуміння бойового стресу та етичної готовності працювати з високим рівнем емоційного навантаження. Проблемою може бути й професійне вигорання фахівців, що підсилює необхідність супервізійної підтримки, навчання та системи професійного відновлення спеціалістів.

Не менш значущою перешкодою виступає стигма та бар'єри звернення: частина військових сприймає психологічну допомогу як ознаку слабкості або небезпеку для професійної репутації. Крім того, негативний досвід комунікації з інституціями або страх порушення конфіденційності знижують

готовність звертатися по підтримку. Це визначає необхідність розвитку форм допомоги, які є психологічно доступними: групи взаємодопомоги, програми психоосвіти, підтримка у ветеранських спільнотах, а також залучення принципу «рівний – рівному», коли ветерани допомагають ветеранам у формуванні довіри.

До системних проблем також відносять недостатню узгодженість між різними інституціями, складнощі в маршрутизації клієнта, бюрократичні обмеження, відсутність стандартизованих протоколів психосоціальної допомоги на місцевому рівні. У цьому контексті перспективними напрямками удосконалення є створення єдиних алгоритмів супроводу військових, посилення міжвідомчої взаємодії, розвиток локальних ветеранських просторів та впровадження міжнародних стандартів МНПСС і trauma-informed care як бази організації сервісів.

Таким чином, система психосоціальної допомоги військовослужбовцям в Україні є динамічною і багаторівневою, поєднуючи ресурси державних структур і громадського сектору. Її ефективність визначається наявністю мультидисциплінарного підходу, доступністю сервісів, координацією установ та зниженням бар'єрів звернення по допомогу. Подальший розвиток цієї системи потребує розширення ветеранських просторів, підвищення кваліфікації фахівців і стандартизації психосоціальних послуг з урахуванням потреб військових і специфіки регіональних громад.

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз проблеми психосоціальної допомоги військовослужбовцям як одного з ключових напрямів підтримки психічного здоров'я та соціальної адаптації в умовах воєнних викликів. Розкрито сутність психосоціальної допомоги як комплексної системи заходів, що інтегрує психологічні та соціальні інтервенції й спрямована на стабілізацію психоемоційного стану,

відновлення життєвого функціонування та посилення ресурсного потенціалу особистості. Обґрунтовано, що психосоціальна допомога не зводиться до окремих форм психологічного консультування чи психотерапії, а передбачає системний підхід із залученням соціального супроводу, сімейної підтримки, комунікативної реабілітації та створення безпечного середовища в громаді.

Визначено цілі психосоціальної допомоги військовослужбовцям, які включають зниження рівня психоемоційного дистресу, профілактику хроніфікації травматичних наслідків, розвиток ефективних стратегій подолання стресу, підвищення резильєнтності та підтримку процесу соціальної реінтеграції. Акцентовано на принципах психосоціальної роботи: гуманізмі, добровільності, конфіденційності, доступності, ресурсній орієнтованості, системності та міжвідомчій взаємодії. Підкреслено, що ефективність допомоги значною мірою залежить від урахування специфіки військового середовища та формування довірчої взаємодії, що є критично важливим з огляду на поширену стигму звернення по психологічну підтримку.

У межах аналізу міжнародних стандартів і підходів доведено актуальність використання концепції МНПСС (Mental Health and Psychosocial Support) як багаторівневої моделі допомоги у кризових та воєнних умовах. Визначено, що МНПСС забезпечує поєднання заходів із зміцнення соціальної підтримки та створення умов безпеки з наданням спеціалізованих психологічних послуг тим особам, які демонструють високий рівень дистресу. Також обґрунтовано значущість підходу *trauma-informed care*, що передбачає організацію допомоги з урахуванням наслідків травматичного досвіду, запобігання повторній травматизації та підтримку автономії клієнта, його права на контроль темпу та меж психологічної взаємодії.

Охарактеризовано психологічні наслідки бойового досвіду у військовослужбовців як багатовимірний феномен, що охоплює прояви посттравматичного стресу, тривожні й депресивні стани, порушення адаптації, емоційну нестабільність, дратівливість, агресивність та емоційне

виснаження. Показано, що травматичні реакції можуть мати як гострий, так і хронічний характер, поєднуючись із соматичними проявами, труднощами саморегуляції та соціальної взаємодії. Звернено увагу на те, що важливим ускладнювальним фактором виступають бар'єри звернення по допомогу: страх стигматизації, недовіра до формальних структур, прагнення уникати переживань, пов'язаних із травматичним досвідом, а також дефіцит інформації про доступні сервіси підтримки.

У розділі також розкрито значення соціальних і сімейних чинників у процесі реінтеграції військових після повернення з бойових дій. Доведено, що сімейна система та соціальне оточення можуть виконувати як ресурсну, так і ризикову функцію. Проблеми повернення до мирного життя часто пов'язані із кризою ролей, конфліктами у сім'ї, порушенням комунікації, емоційною дистанцією, почуттям відчуження від громади, соціальною ізоляцією та складнощами відновлення професійної реалізації. Разом із тим, соціальна підтримка сім'ї, побратимів, ветеранських спільнот та громади є провідним захисним фактором, що зменшує інтенсивність психоемоційного дистресу й сприяє збереженню резильєнтності. Особливо підкреслено роль побратимської взаємодії як специфічного типу підтримки, що забезпечує прийняття, розуміння та включеність без необхідності детального пояснення травматичного досвіду.

Проаналізовано сучасний стан системи психосоціальної допомоги військовим в Україні, яка формується як багаторівнева мережа державних, медичних, соціальних і громадських структур. Доведено, що важливим елементом розвитку цієї системи є діяльність громадських ініціатив та ветеранських просторів, які забезпечують доступний формат комплексної підтримки, знижують бар'єри звернення і сприяють соціальній інтеграції. Обґрунтовано необхідність реалізації мультидисциплінарного підходу, що поєднує роботу психолога, соціального працівника, медичних фахівців, реабілітолога та представників інших служб з метою забезпечення безперервності маршруту допомоги. Одночасно виділено проблеми

організації психосоціальної підтримки: нерівномірність доступності послуг у регіонах, кадровий дефіцит спеціалістів, недостатню стандартизацію допомоги, складнощі координації між інституціями та вплив стигми на готовність військових звертатися по підтримку.

Таким чином, теоретичний аналіз підтвердив, що психосоціальна допомога військовослужбовцям має реалізовуватися як системний ресурсний процес, спрямований не лише на зменшення симптомів травматизації, але й на відновлення соціального функціонування, зміцнення резильєнтності та активізацію підтримувального середовища. Результати розділу створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження взаємозв'язків між психоемоційним дистресом (симптомами ПТСР, тривоги та депресії) і ресурсними факторами (резильєнтністю та соціальною підтримкою) у військовослужбовців, що дозволить науково обґрунтувати практичні рекомендації щодо підвищення ефективності психосоціальної допомоги.

РОЗДІЛ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Особливості організації дослідження

Емпіричне дослідження спрямоване на вивчення психологічних і соціально–психологічних характеристик військовослужбовців у контексті пережитого бойового досвіду та визначення системи взаємозв'язків між симптомами психоемоційного дистресу й ресурсними чинниками, які мають ключове значення для організації психосоціальної допомоги.

Основним концептуальним підґрунтям дослідження є ресурсно–орієнтований підхід, згідно з яким ефективність психосоціальної підтримки залежить не лише від редукції симптомів травматичного стресу, але й від посилення внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, зокрема резильєнтності та соціальної підтримки. У зв'язку з цим емпірична частина роботи була побудована як кореляційне дослідження (дизайн «зрізу»), що дозволяє визначити характер, силу й напрям зв'язків між психологічними та соціальними змінними.

Логіка емпіричного дослідження передбачала такі етапи: визначення вибірки та організація умов психодіагностичного обстеження; підбір комплексу валідних психодіагностичних методик відповідно до мети дослідження; проведення тестування військовослужбовців за обраними методиками; кількісна обробка результатів із використанням методів описової статистики та кореляційного аналізу; інтерпретація встановлених взаємозв'язків як основи для формування практичних рекомендацій щодо психосоціальної допомоги військовослужбовцям.

Емпіричне дослідження було проведено серед військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Загальний обсяг вибірки становив 50 осіб, місце проведення дослідження – м. Самар. Вибір саме цієї групи респондентів зумовлений актуальністю проблеми психоемоційних наслідків

бойового стресу, а також необхідністю емпіричного обґрунтування ресурсних факторів, що можуть забезпечувати ефективну психосоціальну адаптацію.

2.2. Методи та методики емпіричного дослідження

Для досягнення поставленої мети було використано комплекс психодіагностичних методик, що охоплює два ключові виміри: показники психоемоційного дистресу (симптоми ПТСР, тривоги та депресії); ресурсні характеристики, які виступають психологічними та соціальними факторами адаптації (резильєнтність і соціальна підтримка).

1) *PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)*

Опитувальник PCL-5 застосовувався для кількісної оцінки інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу та проявів травматичного стресу. Методика дозволяє оцінити вираженість симптомів у межах основних кластерів: повторне переживання травми (інтрузії), уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері, а також гіперзбудження. Використання PCL-5 є доцільним у роботі з військовослужбовцями, оскільки методика дає змогу оцінити рівень психотравматизації як ключовий чинник, що визначає потребу в психосоціальній допомозі, а також інтенсивність станів, які можуть зумовлювати порушення соціальної адаптації та міжособистісної взаємодії.

2) *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*

Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS) використовувалася для визначення рівня тривожних і депресивних проявів як найбільш поширених психологічних наслідків бойового стресу. Методика містить дві субшкали – «тривога» та «депресія», що дає змогу диференційовано оцінити вираженість відповідних симптомів. Застосування HADS є виправданим у дослідженнях із військовим контингентом з огляду на її лаконічність, зручність та чутливість

до психоемоційного дистресу, який нерідко супроводжує пережиті травматичні події та адаптаційні труднощі.

3) *CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)*

Для оцінки ресурсної складової було використано шкалу резильєнтності CD-RISC (у формі 10 або 25 пунктів). Методика спрямована на вимірювання психологічної стійкості та здатності особистості до відновлення після стресових подій. Резильєнтність у контексті роботи з військовими розглядається як інтегральний ресурс, який опосередковує ефективність подолання наслідків травматичного досвіду, знижує ризик хроніфікації негативних симптомів і сприяє формуванню конструктивних стратегій адаптації. У межах психосоціальної допомоги підвищення резильєнтності є одним із важливих цільових орієнтирів підтримки.

4) *MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)*

Для оцінки соціально-ресурсної складової було використано багатовимірну шкалу сприйманої соціальної підтримки MSPSS. Методика дозволяє визначити рівень підтримки з боку трьох основних джерел: сім'ї, друзів та значущих інших. Соціальна підтримка вважається одним із найбільш значущих чинників психосоціальної адаптації, оскільки зменшує інтенсивність переживання дистресу, сприяє формуванню відчуття безпеки, включеності та приналежності, а також підтримує мотивацію до відновлення. Для військовослужбовців роль соціальної підтримки є критичною в процесі реінтеграції та подолання стигми звернення по психологічну допомогу.

Таким чином, обраний комплекс методик забезпечує можливість оцінити як симптоматичний рівень травматичного стресу та афективних порушень, так і ресурсні механізми, які становлять основу психосоціальної допомоги та профілактики дезадаптації.

З метою забезпечення об'єктивності та наукової достовірності результатів дослідження було застосовано комплекс методів математико-статистичної обробки емпіричних даних.

На першому етапі проводився аналіз описової статистики, що включав обчислення середніх значень, медіани, стандартного відхилення, мінімальних та максимальних значень за кожною шкалою. Це дозволило охарактеризувати загальний профіль психоемоційного стану та ресурсності військовослужбовців.

На наступному етапі здійснювалася перевірка характеру розподілу даних з метою визначення доцільності використання параметричних або непараметричних критеріїв. Залежно від результатів перевірки нормальності розподілу використовувався: коефіцієнт кореляції Пірсона.

Основним методом аналізу було обрано кореляційний аналіз, що дозволяє виявити статистично значущі взаємозв'язки між: показниками ПТСР (PCL-5), тривоги та депресії (HADS), резильєнтності (CD-RISC), соціальної підтримки (MSPSS).

Інтерпретація результатів здійснювалася за напрямом (позитивний/негативний зв'язок), силою кореляції та рівнем статистичної значущості (p). На підставі отриманих зв'язків формувалося узагальнення щодо ролі ресурсних чинників як потенційних «буферів» психоемоційного дистресу в системі психосоціальної допомоги військовослужбовцям.

Висновки до розділу 2

У межах емпіричного розділу було реалізовано кореляційне дослідження, спрямоване на комплексне вивчення психологічних і соціально-психологічних характеристик військовослужбовців із досвідом участі у бойових діях та визначення системи взаємозв'язків між показниками психоемоційного дистресу і ресурсними чинниками адаптації. Концептуальною основою виступив ресурсно-орієнтований підхід, відповідно до якого ефективна психосоціальна допомога передбачає не лише зменшення вираженості симптомів травматичного стресу, а й активізацію

внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, насамперед резильєнтності та соціальної підтримки.

Емпірична частина роботи була побудована за дизайном «зрізу», що дало змогу визначити характер, напрям і силу статистичних зв'язків між симптоматичними та ресурсними змінними. Логіка дослідження включала послідовні етапи організації психодіагностичного обстеження, формування вибірки, підбору валідних методик, проведення тестування, статистичної обробки даних та інтерпретації результатів для подальшого обґрунтування практичних рекомендацій. Вибірку склали військовослужбовці з бойовим досвідом (50 осіб), що забезпечило можливість аналізу актуальних наслідків бойового стресу та одночасного визначення ресурсних факторів, які можуть виступати психологічними буферами дистресу.

Для реалізації поставленої мети застосовано комплекс психодіагностичних методик, який охопив два ключові виміри: симптоми психоемоційного дистресу та ресурсні характеристики. Оцінка посттравматичного стресу здійснювалася за допомогою опитувальника PCL–5, що дозволило кількісно визначити інтенсивність проявів травматичного досвіду в різних симптоматичних кластерах. Додатково рівень тривожності й депресивності як поширених наслідків бойового навантаження діагностувався за шкалою HADS, яка забезпечує диференційовану оцінку афективних порушень. Ресурсний потенціал досліджуваних визначався через вимірювання резильєнтності за CD–RISC, що відображає психологічну стійкість і здатність до відновлення після стресу, а також через оцінку сприйманої соціальної підтримки за MSPSS (підтримка сім'ї, друзів, значущих інших), яка виступає одним із провідних чинників психосоціальної адаптації та реінтеграції.

Обробка даних ґрунтувалася на поєднанні описової статистики та кореляційного аналізу. На першому етапі визначено загальні тенденції психоемоційного стану та ресурсності вибірки через аналіз середніх значень, медіани, мінімально-максимальних меж і стандартного відхилення. Надалі, з

урахуванням характеристик розподілу, застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона для встановлення статистично значущих взаємозв'язків між показниками ПТСР, тривоги, депресії та ресурсними змінними.

Таким чином, емпіричний розділ підтвердив методологічну доцільність ресурсно-орієнтованого підходу в дослідженні психоемоційних наслідків бойового стресу. Отримана логіка аналізу створює підґрунтя для висновків щодо ролі резильєнтності й соціальної підтримки як ключових чинників психосоціальної адаптації військовослужбовців, а також дозволяє розглядати ці змінні як пріоритетні мішені психологічної допомоги та профілактики дезадаптації. Виявлені статистичні зв'язки мають практичну значущість, оскільки можуть бути використані для побудови адресних програм психосоціальної підтримки: з одного боку – через роботу зі зниженням інтенсивності симптомів ПТСР, тривоги й депресії, з іншого – через системне посилення ресурсів особистості та розширення мережі соціальної підтримки як умов стійкого відновлення і реінтеграції після бойового досвіду.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОМОСЛУЖБОВЦЯМ

3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження

У цьому підрозділі подано аналіз результатів емпіричного дослідження психологічного стану та ресурсних характеристик військовослужбовців (м. Самар) у контексті психосоціальної допомоги. Основна увага зосереджена на виявленні взаємозв'язків між проявами психоемоційного дистресу (симптомами посттравматичного стресу, тривоги й депресії) та ресурсними факторами, що можуть виконувати функцію психологічного «буфера», а саме резильєнтністю та сприйманою соціальною підтримкою.

Аналіз здійснювався у два етапи. На першому етапі були розраховані показники описової статистики, що дозволило окреслити загальну картину стану вибірки. На другому етапі проведено кореляційний аналіз, який дав змогу визначити характер, силу та напрям взаємозв'язків між змінними, релевантними для організації психосоціальної допомоги військовослужбовцям.

Таблиця 3.1

Описова статистика показників PCL-5

Показник	Медіана	Середнє арифметичне	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
Загальний бал PCL-5 (ПТСР)	35,0	36,8	12	69	13,1

З метою оцінки вираженості посттравматичної симптоматики у військовослужбовців було застосовано опитувальник PCL-5, який дозволяє кількісно визначити рівень проявів посттравматичного стресового розладу

(ПТСР) у відповідності до сучасних діагностичних підходів. Отримані результати свідчать про наявність у вибірці помірно вираженого рівня посттравматичних проявів, а також про істотну неоднорідність психологічного стану респондентів.

Як відображено у Таблиці 3.1, медіана загального балу PCL-5 становить 35,0, а середнє арифметичне – 36,8 бала, що вказує на тенденцію до підвищеної посттравматичної симптоматики в досліджуваній групі. Невелика різниця між медіаною та середнім значенням демонструє відносну збалансованість показників у вибірці, однак наявність осіб із високими значеннями шкали може підвищувати середній рівень, що є типовим для вибірок військовослужбовців, які мають різний ступінь психотравматизації та різні умови відновлення після бойових подій.

Важливим показником є також амплітуда значень: мінімальне значення становить 12 балів, тоді як максимальне – 69 балів. Це свідчить про значну варіативність проявів травматичного стресу серед опитаних військових: у частини респондентів посттравматичні реакції мають відносно низький рівень, що може відображати достатній ресурс адаптації, ефективні копінг-стратегії або наявність підтримувального соціального середовища. Водночас у групі присутні військовослужбовці з високими показниками ПТСР, які можуть характеризуватися інтенсивними інтрузіями, схильністю до уникнення травматичних нагадувань, негативними змінами у емоційній сфері та проявами гіперзбудження (підвищена настороженість, дратівливість, порушення сну, труднощі концентрації уваги). Саме ця категорія респондентів зазвичай формує підвищений ризик соціально-психологічної дезадаптації та потребує цільової психосоціальної підтримки, а в окремих випадках – спеціалізованої психотерапевтичної допомоги.

Показник стандартного відхилення (13,1) підтверджує значну розбіжність індивідуальних результатів, що є важливим емпіричним фактом для організації психосоціальної допомоги. Висока дисперсія показників може відображати неоднаковий ступінь впливу бойового досвіду, різну

інтенсивність психотравматичних подій, а також відмінності у ресурсних чинниках, зокрема в рівні резильєнтності й соціальної підтримки. Отже, виявлена неоднорідність підкреслює необхідність диференційованого підходу до психосоціальної допомоги військовослужбовцям: частині осіб достатньо психоосвітньої підтримки, стабілізаційних практик та посилення ресурсів, тоді як інша частина потребує поглибленого консультування або триваліших програм психологічної реабілітації.

Таким чином, результати за шкалою PCL-5 демонструють, що посттравматична симптоматика є актуальною психологічною проблемою для значної частини досліджуваних військовослужбовців. Це підтверджує важливість системної організації психосоціальної допомоги, спрямованої на зниження проявів травматичного стресу, розвиток навичок саморегуляції та підтримку процесу соціальної реінтеграції після пережитого бойового досвіду.

Таблиця 3.2

Описова статистика показників HADS

Показник	Медіана	Середнє арифметичне	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
HADS – Тривога	10,0	10,6	3	18	3,6
HADS – Депресія	8,0	8,9	2	17	3,8

Для оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів у військовослужбовців, які мають досвід бойових дій, було застосовано госпітальну шкалу тривоги та депресії HADS. Вибір даної методики є обґрунтованим у контексті дослідження психосоціальної допомоги, оскільки HADS дозволяє оперативно визначати рівень емоційного дистресу, що часто супроводжує бойовий стрес і має суттєвий вплив на адаптацію, соціальне функціонування та мотивацію до відновлення.

Як видно з Таблиці 3.2, медіана за субшкалою тривоги становить 10,0, а середнє арифметичне – 10,6. Отримані значення свідчать про наявність у вибірці підвищеного рівня тривожних проявів. Невелика різниця між медіаною та середнім значенням може вказувати на відносно рівномірний розподіл показників у групі, однак наявність високих індивідуальних значень суттєво посилює середній рівень тривоги. Підвищена тривожність у військовослужбовців може проявлятися у вигляді внутрішнього напруження, гіпернастороженості, посиленого очікування загрози, труднощів із розслабленням та відновленням, а також порушень сну. В умовах бойового досвіду ці прояви нерідко формуються як наслідок хронічної мобілізації психіки й організму, що зберігається навіть після відносного зниження рівня небезпеки.

Діапазон значень за субшкалою тривоги є достатньо широким: мінімальний показник – 3, а максимальний – 18, що свідчить про наявність у вибірці як осіб з мінімальними проявами тривоги, так і військовослужбовців із високим рівнем тривожності. Стандартне відхилення 3,6 підтверджує помірну варіативність результатів, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями реагування на бойовий стрес, різним ступенем травматизації та відмінностями у ресурсних чинниках (резильєнтності, соціальній підтримці, ефективності копінг–стратегій).

Аналогічно простежується тенденція до виражених емоційних труднощів і за субшкалою депресії. Зокрема, медіана показника депресії становить 8,0, а середній показник – 8,9. Отримані результати вказують на наявність у вибірці депресивних проявів помірної вираженості, що можуть включати емоційне виснаження, зниження фону настрою, апатію, втрату інтересу до звичних видів діяльності, зменшення соціальної активності, відчуття безперспективності, а також труднощі у відновленні життєвих планів. У військових депресивні симптоми нерідко поєднуються з посттравматичними реакціями і можуть посилюватися в період реінтеграції

до цивільного життя через рольову кризу, дефіцит підтримки та труднощі адаптації до мирного ритму.

Розмах значень за депресією варіює від 2 до 17, що відображає як низькі, так і високі рівні депресивної симптоматики в різних респондентів. Стандартне відхилення 3,8 свідчить про значну індивідуальну варіативність та підтверджує неоднорідність вибірки щодо депресивних станів. Наявність високих значень у частини військовослужбовців може бути показником зниження адаптаційних можливостей і потенційної потреби в поглибленій психосоціальной допомозі або психотерапевтичному супроводі.

Порівняльний аналіз двох субшкал HADS демонструє, що у вибірці дещо більш вираженим є тривожний компонент ($M=10,6$), проте депресивні прояви також є поширеними ($M=8,9$) і мають суттєве значення для розуміння загального психоемоційного стану військових. З практичної точки зору ці результати підтверджують доцільність включення в програми психосоціальной підтримки компонентів емоційної стабілізації, профілактики хронічного дистресу, розвитку навичок саморегуляції та відновлення енергії, а також роботи з мотиваційною та смисловою сферою особистості.

Таким чином, отримані дані за шкалою HADS свідчать, що тривожні й депресивні прояви є важливим елементом психоемоційного профілю військовослужбовців після пережитого бойового досвіду. Це підкреслює необхідність системного психосоціального супроводу, який має бути спрямований на редукцію емоційного дистресу, відновлення психологічної рівноваги та підтримку процесів соціальной адаптації.

Таблиця 3.3

Описова статистика показників CD–RISC

Показник	Медіана	Середнє арифметичне	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
CD–RISC (резильєнтність)	62,0	61,4	34	89	12,0

З метою дослідження ресурсного потенціалу військовослужбовців у контексті пережитого бойового досвіду було застосовано шкалу CD–RISC (Connor–Davidson Resilience Scale), яка дозволяє оцінити рівень резильєнтності як інтегральної психологічної характеристики, що відображає здатність особистості зберігати функціональність в умовах стресу, адаптуватися до труднощів та відновлюватися після травматичних подій. У межах психосоціального підходу резильєнтність розглядається як один із провідних чинників психологічної стабільності та ефективного подолання наслідків воєнного стресу, оскільки вона пов'язана з саморегуляцією, витривалістю, життестійкістю, здатністю до мобілізації внутрішніх ресурсів і підтримання активної життєвої позиції.

Як видно з Таблиці 3.3, медіана показника CD–RISC становить 62,0, а середнє арифметичне – 61,4 бала, що свідчить про помірно високий рівень резильєнтності у досліджуваній групі. Співвідношення середнього та медіанного значень вказує на відносну врівноваженість показників у вибірці та відсутність різко вираженої асиметрії розподілу. Такий результат може означати, що значна частина військовослужбовців зберігає внутрішні психологічні ресурси, здатність до адаптації та ефективного подолання труднощів навіть за умов високого стресового навантаження.

Разом із тим важливо враховувати діапазон значень: мінімальний показник резильєнтності у вибірці становить 34, а максимальний – 89. Це свідчить про істотну неоднорідність групи та наявність виражених індивідуальних відмінностей щодо психологічної стійкості. З одного боку, високі значення CD–RISC можуть відображати здатність мобілізувати

внутрішні сили, зберігати самоконтроль, підтримувати мотивацію та конструктивну активність. З іншого боку, низькі показники резильєнтності в окремих респондентів можуть вказувати на зниження адаптаційного потенціалу, швидке виснаження ресурсів та труднощі саморегуляції в ситуаціях емоційної напруги.

Показник стандартного відхилення (12,0) підтверджує суттєву варіативність результатів, що є важливим емпіричним фактом для організації психосоціальної допомоги. Висока розбіжність у рівні резильєнтності може пояснюватися різним ступенем впливу травматичних подій, тривалістю бойового досвіду, відмінностями в наявності соціальної підтримки, індивідуальними психологічними особливостями та попереднім досвідом подолання складних життєвих ситуацій. У контексті сучасних ресурсних моделей це означає, що частина військовослужбовців має достатній рівень внутрішньої стійкості для ефективної адаптації, тоді як інша частина перебуває у зоні ризику психологічного виснаження та потребує цілеспрямованого ресурсного відновлення.

Практична інтерпретація результатів CD-RISC дає підстави вважати резильєнтність одним із ключових психологічних показників, на який повинна бути спрямована психосоціальна допомога. Підвищення резильєнтності є перспективним напрямом профілактики хронічних негативних наслідків бойового стресу, зокрема ПТСР, тривоги й депресивних станів, оскільки резильєнтність виступає не лише характеристикою стійкості, а й здатністю до гнучкої адаптації, відновлення соціальних ролей та збереження смислової перспективи. Тому у роботі з військовослужбовцями доцільним є впровадження психосоціальних інтервенцій, що розвивають саморегуляцію, навички стрес-долання, емоційну грамотність, підтримують відновлення відчуття контролю та посилюють ресурсні стратегії поведінки.

Таким чином, результати дослідження за шкалою CD-RISC демонструють загалом достатній рівень резильєнтності у вибірці військових, проте наявність осіб зі зниженими показниками та значна варіативність

свідчать про потребу диференційованого підходу в системі психосоціальної допомоги. Для частини військовослужбовців достатньою може бути підтримка ресурсів і психоосвіта, тоді як інша частина потребує інтенсивнішого психологічного супроводу та програми відновлення життєстійкості як умови успішної реінтеграції у мирне життя.

Таблиця 3.4

Описова статистика показників MSPSS

Показник	Медіана	Середнє арифметичне	Мінімум	Максимум	Стандартне відхилення
MSPSS (соціальна підтримка)	4,6	4,5	2,1	6,4	1,0

Для оцінки соціально–ресурсної складової психосоціальної адаптації військовослужбовців було використано методику MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) – багатовимірну шкалу сприйманої соціальної підтримки. Соціальна підтримка розглядається як один із ключових факторів психосоціального благополуччя, що виконує буферну функцію щодо наслідків травматичного стресу, сприяє зниженню тривоги та депресивних проявів, підтримує мотивацію до відновлення й підсилює резильєнтність. Для військовослужбовців після пережитих бойових подій даний ресурс має особливе значення, оскільки він пов’язаний із процесами реінтеграції до мирного життя, відновленням сімейних стосунків та включеністю у соціальне середовище громади.

Як представлено у Таблиці 3.4, медіана показника MSPSS становить 4,6, а середнє арифметичне – 4,5 бала, що свідчить про помірно високий рівень сприйманої соціальної підтримки у досліджуваній групі. Незначна різниця між медіаною та середнім показником вказує на відносну узгодженість результатів у вибірці, тобто більшість респондентів оцінює

доступність підтримки як достатню або близьку до достатньої. Така тенденція є позитивним чинником у контексті психосоціальної допомоги, оскільки наявність підтримувального соціального середовища зменшує ризики ізоляції, сприяє стабілізації психоемоційного стану та підсилює відчуття безпеки й приналежності.

Водночас важливим для інтерпретації є діапазон отриманих значень. Мінімальний показник MSPSS у вибірці становить 2,1, тоді як максимальний – 6,4. Це свідчить про виражені індивідуальні відмінності: поряд із військовослужбовцями, які відчувають значний рівень підтримки з боку оточення, наявна група осіб із низькими показниками, що може бути маркером соціальної вразливості. Зниження сприйманої підтримки у військових може бути пов'язане з низкою чинників: труднощами повернення у сімейну систему, конфліктністю, відчуттям нерозуміння з боку цивільних, дистанціюванням від соціальних контактів, а також збереженням стигматизуючих переконань щодо звернення по допомогу. У таких випадках ризик психоемоційного дистресу підвищується, оскільки людина залишається з травматичним досвідом без достатньої зовнішньої опори.

Показник стандартного відхилення (1,0) відображає помірний рівень варіативності, що є типовим для соціально-психологічних змінних, пов'язаних із суб'єктивною оцінкою міжособистісних стосунків. З практичної точки зору це підтверджує необхідність диференційованого підходу: хоча загалом вибірка демонструє достатній рівень сприйманої соціальної підтримки, наявність осіб із низькими показниками вказує на потребу в цілеспрямованій роботі із соціальним середовищем. Особливо це стосується корекції ізоляційних тенденцій, розвитку навичок комунікації, відновлення довірчих стосунків, залучення сім'ї та громади до підтримки, а також створення безпечних форматів взаємодії у ветеранських спільнотах.

Соціальна підтримка у контексті психосоціальної допомоги має багатокомпонентний характер, оскільки може формуватися за рахунок різних джерел: сім'ї, друзів, значущих інших, побратимів та ветеранської спільноти.

Тому отримані показники MSPSS можна розглядати як важливий індикатор включеності військовослужбовців у підтримувальні соціальні мережі. Високі значення за шкалою зазвичай пов'язані з кращою емоційною стабільністю, готовністю звертатися по підтримку та більш ефективним подоланням стресових наслідків. Натомість низькі значення можуть виступати предиктором труднощів реінтеграції, зростання тривоги й депресивних симптомів, а також ризику психологічного виснаження.

Таким чином, результати за методикою MSPSS демонструють, що в досліджуваній вибірці рівень сприйнятої соціальної підтримки загалом є достатнім, однак існує група військовослужбовців із дефіцитом соціальної опори. Це обґрунтовує необхідність включення до психосоціальних програм не лише індивідуальних стабілізаційних практик, а й системної роботи з сім'єю, побратимами та громадою як зовнішнім ресурсом відновлення. Посилення соціальної підтримки може виступати одним із найбільш ефективних напрямів профілактики дезадаптації та зниження рівня психоемоційного дистресу у військовослужбовців після пережитого бойового досвіду.

Таблиця 3.5

Кореляції між показниками психоемоційного дистресу та ресурсними характеристиками

Змінні	r	p
PCL-5 та HADS-Тривога	0,64	<0,001
PCL-5 та HADS-Депресія	0,58	<0,001
HADS-Тривога та HADS-Депресія	0,62	<0,001
PCL-5 та CD-RISC	-0,53	<0,001
PCL-5 та MSPSS	-0,49	<0,001
HADS-Тривога та CD-RISC	-0,45	0,001
HADS-Тривога та MSPSS	-0,41	0,003
HADS-Депресія та CD-RISC	-0,50	<0,001
HADS-Депресія та MSPSS	-0,46	0,001
CD-RISC та MSPSS	0,44	0,002

З метою перевірки гіпотези дослідження та встановлення характеру взаємозв'язків між психоемоційним станом військовослужбовців і ресурсними чинниками було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта r -Пірсона. Аналіз охоплював змінні, що відображають психоемоційний дистрес (PCL-5, HADS-Тривога, HADS-Депресія) та ресурсні характеристики (резильєнтність CD-RISC і соціальна підтримка MSPSS). Отримані результати свідчать про наявність системної кореляційної моделі, яка підтверджує взаємозумовленість симптомів травматизації, афективних проявів і ресурсів адаптації.

У таблиці 3.5 зафіксовано статистично значущі позитивні кореляції між загальним показником ПТСР за PCL-5 та емоційними розладами за шкалою HADS: PCL-5 та HADS-Тривога: $r = 0,64$ при $p < 0,001$; PCL-5 та HADS-Депресія: $r = 0,58$ при $p < 0,001$

Отримані значення свідчать про тісний прямий зв'язок між інтенсивністю посттравматичних проявів та рівнем тривожності й депресивних симптомів. Тобто зі зростанням симптомів ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження, негативні емоційні й когнітивні зміни) підвищуються прояви тривоги й депресії. Це підтверджує характерну для військового контингенту закономірність коморбідності травматичного стресу та афективних порушень, коли травматичний досвід формує стійкий стан внутрішньої небезпеки, порушує відчуття контролю, знижує емоційну стабільність і призводить до психологічного виснаження.

Виявлений зв'язок також має прикладне значення: наявність високого показника PCL-5 у військовослужбовця може виступати маркером підвищеної ймовірності тривожно-депресивної симптоматики та потреби у комплексному психосоціальному супроводі, а не лише у вузько спрямованих втручаннях.

Установлено статистично значущий позитивний зв'язок між тривогою і депресією: HADS-Тривога та HADS-Депресія: $r = 0,62$ при $p < 0,001$

Цей результат свідчить, що тривога та депресія у вибірці військовослужбовців мають тенденцію до спільного прояву. Психологічно це може означати, що тривожне напруження, настороженість і очікування загрози при тривалому впливі бойового стресу переходять у виснаження, апатію та зниження енергії. Така взаємопов'язаність емоційних порушень підтверджує необхідність цілісного підходу в психосоціальній допомозі: корекція тривоги без роботи з емоційним виснаженням і депресивними проявами може бути недостатньою.

Установлено виражений негативний зв'язок між резильєнтністю та рівнем ПТСР: PCL-5 та CD-RISC: $r = -0,53$ при $p < 0,001$

Цей результат засвідчує, що підвищення резильєнтності супроводжується зниженням посттравматичної симптоматики. Іншими словами, психологічна стійкість виконує функцію буфера, що зменшує інтенсивність травматичного стресу, сприяє збереженню здатності до саморегуляції та запобігає хроніфікації негативних переживань. У контексті психосоціальної допомоги це означає, що розвиток резильєнтності має бути одним із ключових напрямів супроводу військових: формування навичок відновлення, мобілізації внутрішніх ресурсів, підтримка суб'єктності та контрольованості стану.

Зафіксовано негативний зв'язок між сприйманою соціальною підтримкою та показником ПТСР: PCL-5 та MSPSS: $r = -0,49$ при $p < 0,001$

Отже, чим вищий рівень соціальної підтримки, тим нижчі прояви посттравматичного стресу. Ця закономірність підкреслює, що соціальні ресурси (сім'я, друзі, значущі інші, побратими, громада) здатні знижувати інтенсивність травматичних переживань. Соціальна підтримка сприяє нормалізації стану, знижує почуття самотності й небезпеки, формує відчуття опори та приналежності. Це особливо важливо для військових у період реінтеграції, коли ізоляція або конфліктність у сім'ї можуть посилювати симптоматику ПТСР.

Установлено статистично значущі негативні кореляції між тривогою та обома ресурсними показниками: HADS–Тривога та CD–RISC: $r = -0,45$ при $p = 0,001$; HADS–Тривога та MSPSS: $r = -0,41$ при $p = 0,003$

Ці результати демонструють, що як внутрішня стійкість, так і зовнішня підтримка пов'язані зі зниженням тривожності. З точки зору психосоціальної роботи це означає, що тривога в умовах бойового стресу залежить не лише від інтенсивності травматичного досвіду, а й від наявності ресурсів, які допомагають людині відновлювати почуття безпеки, регулювати емоції та знижувати психофізіологічне напруження.

Отримано значущі негативні кореляції між депресією та резильєнтністю/соціальною підтримкою: HADS–Депресія та CD–RISC: $r = -0,50$ при $p < 0,001$; HADS–Депресія та MSPSS: $r = -0,46$ при $p = 0,001$

Це свідчить, що депресивні прояви (апатія, зниження активності, емоційне спустошення) зменшуються за умов вищої резильєнтності та кращої соціальної підтримки. Особливо важливо, що зв'язок депресії з резильєнтністю є достатньо сильним, що підкреслює значущість внутрішніх ресурсів як факторів подолання виснаження та відновлення мотиваційної сфери. Соціальна підтримка також виступає важливим чинником запобігання депресивним станам, оскільки зменшує ізоляцію, підтримує емоційну близькість та допомагає зберігати життєві орієнтири.

Установлено позитивний зв'язок між двома ресурсними змінними: CD–RISC та MSPSS: $r = 0,44$ при $p = 0,002$

Цей факт має принципове значення для побудови ефективної психосоціальної допомоги: соціальна підтримка не лише напряму пов'язана зі зниженням симптомів дистресу, а й асоційована зі зростанням резильєнтності. Тобто підтримувальне соціальне середовище потенційно сприяє внутрішньому відновленню, підсилює віру у власні сили, допомагає мобілізувати ресурси та зберігати адаптивні стратегії поведінки. Таким чином, соціальна підтримка може розглядатися як чинник, що

опосередковано (через резильєнтність) впливає на рівень психоемоційного дистресу.

Отримані кореляційні зв'язки підтверджують гіпотезу дослідження та демонструють, що психоемоційний дистрес у військовослужбовців (ПТСР, тривога, депресія) має системну взаємопов'язаність і знижується за умов наявності ресурсних чинників. Резильєнтність та соціальна підтримка виступають значущими психологічними предикторами адаптації та можуть розглядатися як ключові мішені психосоціальної допомоги. Виявлені закономірності обґрунтовують необхідність ресурсно-орієнтованих програм підтримки військових, що поєднують стабілізацію психоемоційного стану з розвитком психологічної стійкості та активізацією підтримувального соціального середовища (родина, громада, ветеранська спільнота, побратими).

3.2. Психосоціальні потреби військових та групи ризику

Результати емпіричного дослідження підтверджують, що психоемоційний стан військовослужбовців після пережитого бойового досвіду характеризується поєднанням посттравматичних проявів і тривожно-депресивної симптоматики. Виявлені статистично значущі позитивні кореляції між показниками PCL-5 та шкалами тривоги і депресії HADS свідчать про те, що у значної частини військових психоемоційний дистрес має комплексний характер. Одночасно встановлені негативні зв'язки між показниками дистресу та ресурсними характеристиками (резильєнтністю і соціальною підтримкою) дозволяють розглядати ці ресурси як ключові фактори психосоціальної адаптації та потенційні «буфери» негативних наслідків травматичного досвіду. Таким чином, психосоціальні потреби

військових доцільно визначати не лише через рівень симптоматики, але й через ступінь збереженості ресурсів та соціальних зв'язків.

За умов підвищеної посттравматичної симптоматики (PCL-5) пріоритетними психосоціальними потребами військовослужбовців є стабілізація психоемоційного стану та відновлення почуття безпеки. Це включає формування навичок саморегуляції (керування напруженням, відновлення сну, зниження фізіологічного збудження), психоосвіту щодо реакцій на травму, а також підтримку в усвідомленні й нормалізації переживань. Важливою потребою є зменшення симптомів гіперзбудження та внутрішньої настороженості, які можуть проявлятися в підвищеній дратівливості, труднощах концентрації, різких емоційних реакціях і виснаженні. У психосоціальній системі допомоги це потребує впровадження травма-інформованого підходу, який забезпечує безпечний формат взаємодії, повагу до меж та контроль темпу контакту з травматичними спогадами.

При вираженій тривожності (HADS-Тривога) психосоціальні потреби пов'язані з зниженням напруження та відновленням відчуття керованості. Тривога у військових часто підтримується невизначеністю майбутнього, труднощами повернення до мирного життя, фоновим очікуванням небезпеки, що закріпилося у бойових умовах. У цьому контексті актуальними стають потреби у формуванні адаптивних копінг-стратегій, навичок релаксації, психологічної грамотності щодо тривоги, а також у підтримці соціального функціонування (відновленні комунікації, поверненні до повсякденних ролей без перевантаження).

Депресивні прояви (HADS-Депресія) формують інші, але не менш важливі психосоціальні потреби: відновлення енергії, підтримка мотиваційної сфери, повернення смислів і життєвих орієнтирів. Для військовослужбовців депресивна симптоматика може бути пов'язана з емоційним виснаженням, переживанням втрат, рольовою кризою після повернення та відчуттям знецінення або безперспективності. Тому допомога має включати ресурсоорієнтовану підтримку, поступове відновлення

активності, зміцнення соціальних зв'язків, стимулювання участі у спільноті та залучення до діяльності, що повертає відчуття значущості й контролю над власним життям.

Військовослужбовці, які повертаються до мирного життя, часто стикаються з труднощами реінтеграції у сімейну систему та громаду. Втрата попереднього стилю взаємодії, зміна ролей у родині, психологічне віддалення через різний досвід (фронт vs цивільне життя), а також прояви дистресу (дратівливість, замкненість, нестійкість емоцій) можуть призводити до сімейної кризи. У таких випадках психосоціальна потреба виходить за межі індивідуальної психологічної допомоги і потребує сімейно-орієнтованих інтервенцій: психоосвіти для родини, відновлення комунікації, навчання навичок підтримувальної взаємодії, узгодження очікувань, профілактики конфліктів.

Соціальна дезадаптація може проявлятися у вигляді **ізоляції**, труднощів контакту з цивільними, втрати довіри, уникнення соціальних ситуацій, що, у свою чергу, посилює тривожно-депресивні прояви. Виявлений у дослідженні негативний зв'язок між соціальною підтримкою (MSPSS) та показниками дистресу підтверджує: дефіцит соціальних зв'язків підвищує ризик погіршення психоемоційного стану. Відтак важливими потребами є включення військового у підтримувальне середовище (ветеранські простори, групи взаємодопомоги, побратимські спільноти), а також соціальний супровід у питаннях працевлаштування, відновлення правового статусу, доступу до медичної та реабілітаційної допомоги.

Окремої уваги потребує визначення груп ризику серед військовослужбовців, оскільки психоемоційний дистрес має тенденцію до накопичення та ускладнення за умов низьких ресурсів. На основі кореляційної моделі та теоретичного аналізу до груп підвищеного ризику доцільно віднести військовослужбовців із такими характеристиками: високі показники ПТСР у поєднанні з підвищеною тривогою та/або депресією; низький рівень резильєнтності (недостатня здатність до відновлення та

саморегуляції); низька соціальна підтримка (дефіцит опори з боку сім'ї, побратимів, громади); виражені прояви соціальної ізоляції, конфлікти у сім'ї, рольова криза; складнощі реінтеграції (відсутність зайнятості, нестабільність життєвих перспектив, відчуття втрати сенсу).

У межах психосоціальної допомоги ці групи потребують пріоритетного супроводу, оскільки саме поєднання високого дистресу та низьких ресурсів формує найбільш несприятливі умови адаптації. У науковому дискурсі також підкреслюється, що в умовах тривалої травматизації, депресивних проявів, соціальної ізоляції та втрати сенсів у частини військовослужбовців можуть виникати суїцидальні ризики. Ці ризики не є прямим наслідком одного фактора, а зазвичай формуються внаслідок поєднання психоемоційного виснаження, депресивних переживань, дефіциту підтримки та зниження віри у можливість змін. Відповідно, у системі психосоціальної допомоги важливим є регулярний скринінг ризиків, уважність фахівців до маркерів глибокої дезадаптації, а також забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги у випадках високої загрози.

Таким чином, психосоціальні потреби військовослужбовців після бойового досвіду формуються як багатовимірний комплекс, що включає потреби у стабілізації психічного стану, зменшенні травматичної та тривожно–депресивної симптоматики, відновленні соціального функціонування і поверненні до сімейних та громадських ролей. Виявлена роль резильєнтності й соціальної підтримки як ресурсних чинників підтверджує доцільність розробки програм психосоціальної допомоги, орієнтованих на зміцнення внутрішніх ресурсів і посилення підтримувального середовища, а також на пріоритетний супровід груп ризику.

3.3. Комплексна модель психосоціальної допомоги військовослужбовцям

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що психоемоційний стан військовослужбовців після бойового досвіду характеризується поєднанням посттравматичної симптоматики (PCL-5) та тривожно-депресивних проявів (HADS), які мають значущі позитивні взаємозв'язки. Водночас резильєнтність (CD-RISC) і сприймана соціальна підтримка (MSPSS) демонструють негативні кореляції з показниками дистресу та позитивний взаємозв'язок між собою, що підтверджує їх ресурсну роль у системі психосоціальної адаптації. Таким чином, практичні рекомендації мають бути спрямовані не лише на редукцію симптомів, а й на посилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що виконують буферну функцію щодо негативних наслідків травматичного стресу.

На основі отриманих результатів дослідження, які засвідчили тісні зв'язки між посттравматичною симптоматикою, тривожно-депресивними проявами та ресурсними характеристиками (резильєнтністю і соціальною підтримкою), психологічна допомога військовослужбовцям має реалізовуватися як комплексний психосоціальний супровід, що поєднує роботу з симптомами психоемоційного дистресу та цілеспрямоване посилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів адаптації. Відтак доцільним є впровадження ресурсно-орієнтованої моделі психологічної підтримки, за якої основним принципом стає не лише редукція травматичних і афективних симптомів, а й розвиток життєстійкості, відновлення здатності до саморегуляції, формування відчуття контролю над власним станом, підтримка суб'єктності військовослужбовця та активізація його адаптаційного потенціалу. Практично це означає, що психолог у процесі допомоги має одночасно працювати над зменшенням проявів ПТСР, тривоги й депресії та над формуванням навичок відновлення, які підсилюють

внутрішню опору клієнта і створюють основу для ефективної реінтеграції у мирне життя.

Важливим базовим компонентом психосоціальної допомоги виступає психоосвіта, що має бути системно включена у консультаційну роботу з огляду на поширеність стигми та бар'єрів звернення у військовому середовищі. Психологічне інформування повинно формувати у клієнта розуміння нормальності психічних реакцій на травматичні події та зменшувати тривогу, пов'язану з переживанням симптомів. Зокрема, доцільним є пояснення механізмів травматичного стресу, особливостей взаємозв'язку ПТСР з тривожними й депресивними станами, ролі гіперзбудження та фізіологічної мобілізації, а також принципів самопомоги й ресурсних стратегій. Окрема увага має приділятися значущості соціальної підтримки (родинної, побратимської, громадської) як чинника відновлення та стабілізації. Психоосвіта забезпечує зниження страху, підвищує рівень психологічної компетентності військовослужбовця, сприяє формуванню відчуття керованості та підвищує прихильність до психологічної допомоги.

З огляду на встановлений зв'язок між високими показниками посттравматичної симптоматики та зростанням тривоги й депресії, пріоритетним завданням психологічного супроводу є стабілізація психоемоційного стану та формування навичок саморегуляції. На цьому етапі необхідно застосовувати стабілізаційні техніки, що спрямовані на зниження фізіологічного напруження та повернення клієнта до стану відносної рівноваги. До таких інструментів належать дихальні техніки, вправи на заземлення, тілесно-орієнтовані практики з фокусом на сенсорні відчуття, короткі практики відновлення сну та режиму, а також методи регуляції емоцій (ідентифікація емоційного стану, прийняття реакцій, керування імпульсивними відповідями). Стабілізаційний етап є обов'язковою умовою подальшої психотерапевтичної роботи, оскільки без відновлення

базової саморегуляції більш глибоке опрацювання травматичного досвіду може призводити до посилення дистресу та повторної травматизації.

Результати дослідження також підкреслюють необхідність диференційованого підходу до роботи з різними категоріями військовослужбовців, зокрема з групами підвищеного ризику. До такої групи належать особи з високим рівнем психоемоційного дистресу у поєднанні зі зниженими ресурсами, що проявляється низькими показниками резильєнтності (CD-RISC) та недостатньою соціальною підтримкою (MSPSS). Для цієї категорії клієнтів доцільним є підвищення інтенсивності психологічного супроводу через короткі, але регулярні зустрічі, системне залучення соціального супроводу та організацію підтримувального оточення. Окремим напрямом роботи має стати подолання ізоляції та відновлення соціальних контактів, оскільки дефіцит підтримки підсилює ризик хроніфікації симптоматики. У випадках вираженої симптоматики або ускладненого перебігу психологічного стану необхідним є скерування військовослужбовця до психіатра або психотерапевта для забезпечення спеціалізованої допомоги. Таким чином, метою диференційованої роботи є профілактика дезадаптації та зменшення ризиків погіршення психічного здоров'я.

Ключовим висновком дослідження є те, що резильєнтність виступає центральною терапевтичною мішенню психосоціальної допомоги, оскільки вона має значущі негативні кореляції з посттравматичною симптоматикою та тривожно-депресивними проявами. З огляду на це психологічна підтримка повинна включати системну роботу з підсилення життєстійкості. Практично це може реалізовуватися через використання ресурсних карт (ідентифікація внутрішніх і зовнішніх опор), технік відновлення сенсу та актуалізації цінностей, планування коротких досяжних цілей та формування навички поступового повернення до функціонування. Важливо, щоб психологічна допомога була спрямована не лише на зниження симптомів, але й на

розширення поведінкового репертуару адаптації, підвищення активності та відновлення включеності у життя.

Психологічний супровід військовослужбовців має здійснюватися у межах травма-інформованого підходу, що передбачає пріоритет психологічної безпеки, прогнозованість взаємодії, надання клієнту контролю над процесом допомоги та повагу до його меж і темпу. Забезпечення цих умов знижує ризик повторної травматизації, підвищує довіру до психолога та створює передумови для ефективної терапевтичної взаємодії. У військовому контексті особливо важливо формувати стосунки партнерства й підтримки, у яких клієнт зберігає відчуття гідності, автономії та психологічної сили, а психолог виступає не лише фахівцем, що «лікує», а й провідником у процесі відновлення та реінтеграції.

Емпіричні результати дослідження підтверджують значущість соціальної підтримки як одного з ключових ресурсних чинників, що пов'язаний зі зниженням проявів психоемоційного дистресу у військовослужбовців та підсиленням резильєнтності. З огляду на це професійна діяльність соціального працівника або фахівця з психосоціального супроводу повинна бути спрямована на організацію доступу військовослужбовця до системи допомоги, координацію послуг і відновлення соціального функціонування як необхідної умови успішної реінтеграції у мирне життя.

Одним із провідних напрямів є реалізація кейс-менеджменту та побудова індивідуального маршруту допомоги. Соціальний супровід має забезпечувати системний доступ до комплексу послуг, які охоплюють медичну, психологічну, реабілітаційну, юридичну та освітню складові. Враховуючи високу вразливість військовослужбовців у період після повернення та ризики фрустрації у взаємодії з установами, оптимальним є формування маршруту за принципом «єдиного вікна», що передбачає чітку послідовність звернень, узгодженість дій між установами, мінімізацію бюрократичних бар'єрів та супровід у процесі отримання послуг. Такий

підхід підсилює відчуття опори, зменшує психологічне навантаження й сприяє більшій прихильності до програм допомоги.

Не менш важливим напрямом є сприяння відновленню соціальних ролей та життєвого функціонування. Повернення до професійної діяльності, навчання, участі у волонтерських ініціативах чи громадській активності виступає потужним ресурсом реінтеграції, оскільки відновлює відчуття значущості, контролю та життєвої перспективи. Соціальний працівник має сприяти працевлаштуванню військових, надавати підтримку у профорієнтації, залучати до програм перекваліфікації та формувати можливості включення у ветеранські проекти й соціальні ініціативи. Це не лише розширює соціальні контакти, а й опосередковано знижує ризики ізоляції та емоційного виснаження.

Окремим завданням супроводу є зменшення соціальної ізоляції, яка, відповідно допроведеного аналізу, може виступати одним із факторів підвищення психоемоційного дистресу. З огляду на значущість показника MSPSS у кореляційній моделі, соціальна робота повинна забезпечувати активне залучення військовослужбовців до підтримувального середовища, зокрема ветеранських просторів, груп взаємодопомоги, програм «рівний – рівному» та соціальних активностей громади. Подібні формати підтримки сприяють відновленню почуття приналежності, зменшують самотність і підсилюють довіру до допомоги через контакт із людьми зі схожим життєвим досвідом.

Невід'ємною складовою соціального супроводу є робота із сім'єю військовослужбовця, оскільки саме родинне середовище визначає якість повсякденної підтримки та впливає на процес адаптації. Доцільним є інформування членів сім'ї щодо доступних підтримувальних форматів, залучення родини до ресурсних заходів і за необхідності скерування до сімейного консультування. Такий підхід сприяє підвищенню якості соціальної підтримки, профілактиці конфліктів і зменшує ризики сімейної

кризи, що особливо важливо в ситуаціях підвищеного психоемоційного дистресу військового.

Сім'я військовослужбовця є одним із провідних чинників соціальної підтримки, який здатний як підсилювати психологічні ресурси, так і ускладнювати процес адаптації у разі конфліктності, нерозуміння або неузгодженості очікувань. Враховуючи результати дослідження, які підтверджують захисну роль соціальної підтримки щодо проявів ПТСР, тривоги та депресії, важливо спрямовувати рекомендації для сім'ї на формування стабільного підтримувального середовища та безпечної комунікації.

Передусім сім'ї доцільно усвідомлювати, що повернення військовослужбовця до мирного життя є процесом, який потребує часу. Очікування швидкого «відновлення як раніше» можуть формувати додатковий тиск, провокувати напруження та конфлікти. Тому основою сімейної підтримки має стати прийняття змін, реалістичний погляд на етапність адаптації, а також готовність до поступового відновлення довіри та емоційної близькості. У цей період особливо значущою є підтримувальна комунікація, що передбачає повагу до меж військовослужбовця, уникнення допитування про травматичні події та зосередження на безпечному діалозі без тиску. Рекомендовано використовувати короткі, спокійні повідомлення, демонструвати прийняття та підтримку через присутність і готовність слухати, не нав'язуючи обговорення травматичного досвіду.

Для стабілізації психоемоційного стану важливо формувати у сім'ї прості «ритуали безпеки», які забезпечують передбачуваність і відчуття опори. До них належать дотримання режиму дня, спільні «тихі» активності, регулярні короткі прогулянки, підтримка побутової стабільності. Такі дії мають значний психотерапевтичний потенціал, оскільки відновлюють базове почуття нормальності й знижують рівень фізіологічного напруження. Водночас у випадках високого психоемоційного дистресу сім'я повинна сприяти формуванню позитивного ставлення до психологічної допомоги як

до норми. Найефективнішою є спокійна підтримка без примусу, що передбачає делікатне заохочення до звернення по допомогу, підкреслення цінності турботи про психічне здоров'я та готовність супроводжувати військовослужбовця у процесі отримання підтримки.

У контексті психосоціальної допомоги військовослужбовцям громада та ветеранські простори виконують особливу функцію формування підтримувального середовища, у межах якого військові можуть відновлювати соціальні зв'язки, долати ізоляцію, отримувати консультаційну підтримку та формувати нові ресурси адаптації. З огляду на результати кореляційної моделі, де соціальна підтримка показала значущі зв'язки зі зниженням дистресу та підвищенням резильєнтності, розвиток громадських інституцій підтримки має розглядатися як стратегічний напрям психосоціальної роботи.

Передусім ветеранські простори мають створювати доступне та безпечне середовище без стигматизації, у якому військовослужбовець може звернутися по допомогу без страху осуду. Важливо забезпечити можливість анонімних звернень, коротких консультацій, регулярних груп взаємодопомоги, а також програм, спрямованих на стабілізацію та ресурсне відновлення. Такий формат є особливо ефективним для військових, які відчувають недовіру до формальних інституцій або мають внутрішні бар'єри щодо психологічної допомоги.

Провідним напрямом розвитку підтримки в громаді є впровадження програм «рівний – рівному», оскільки побратимська підтримка становить один із найбільш природних і психологічно прийнятних ресурсів для ветеранів. Доцільним є організація наставництва ветеранів, груп реінтеграції, тренінгів життєстійкості, а також формування спільнот, у яких військові можуть відновлювати соціальну включеність через досвід приналежності та спільних цілей. Принципово важливо, щоб такі програми не лише надавали підтримку, а й формували активну позицію ветерана як суб'єкта змін, що сприяє зростанню резильєнтності.

Окрему увагу доцільно приділити психоосвітнім заходам для сімей військовослужбовців, оскільки саме родинна система визначає якість підтримки після повернення. Рекомендовано організувати тематичні лекції та зустрічі, присвячені реакціям на травму, особливостям комунікації з військовими, профілактиці конфліктів і виснаження родини. Психоосвіта для сім'ї сприяє зменшенню непорозумінь, знижує ризик сімейної кризи та підвищує здатність родини бути стабілізуючим ресурсом для військовослужбовця.

Таким чином, рекомендації для соціального супроводу, сім'ї та громади мають бути спрямовані на посилення системи підтримки як цілісного ресурсу адаптації. Узгодженість дій фахівців, родини та ветеранського середовища дозволяє не лише знижувати симптоми психоемоційного дистресу, але й створювати стійку основу для довготривалої соціальної реінтеграції та відновлення психологічного благополуччя військовослужбовців.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи було здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження психологічного стану та ресурсних характеристик військовослужбовців (м. Самар) у контексті надання психосоціальної допомоги. Основну увагу зосереджено на оцінці рівня психоемоційного дистресу та визначенні ролі ресурсних чинників як потенційних механізмів психологічної стабілізації та соціальної адаптації після бойового досвіду. Отримані дані дозволили системно охарактеризувати особливості стану вибірки, встановити кореляційну модель взаємозв'язків між ключовими змінними та сформулювати практично значущі рекомендації для організації допомоги.

За результатами описової статистики встановлено, що у вибірці військовослужбовців спостерігається помірно виражена посттравматична симптоматика, що підтверджується середніми значеннями показника PCL-5 та значним діапазоном індивідуальних результатів. Це свідчить про неоднорідність психоемоційного стану респондентів і наявність групи військових з підвищеним рівнем травматичного стресу, що потенційно потребує інтенсивнішого психологічного супроводу. Показники шкали HADS продемонстрували підвищений рівень тривожних проявів та помірну вираженість депресивної симптоматики, що є типовими наслідками бойового стресу і можуть супроводжувати процес реінтеграції до мирного життя. Водночас показники CD-RISC і MSPSS засвідчили збереженість ресурсного потенціалу в значній частині військових: резильєнтність і сприймана соціальна підтримка загалом перебувають на помірно високому рівні, проте наявність респондентів із низькими значеннями за цими шкалами підкреслює існування групи психологічної та соціальної вразливості.

Кореляційний аналіз, проведений у межах розділу, підтвердив системну взаємопов'язаність симптомів посттравматичного стресу з тривожно-депресивними проявами. Виявлено значущі позитивні зв'язки між PCL-5 та показниками HADS, що свідчить: зі зростанням посттравматичної симптоматики підвищуються рівні тривоги й депресії, формуючи комплексний психоемоційний дистрес. Також встановлено тісний взаємозв'язок між тривогою та депресією, що підтверджує їх комбінований характер у структурі емоційних порушень у військових після бойового досвіду. Таким чином, емпіричні дані засвідчили, що ПТСР у досліджуваній вибірці не виступає ізольованим феноменом, а супроводжується афективними проявами, які потребують комплексного підходу в системі психологічної допомоги.

Разом із тим у дослідженні виявлено виражений ресурсний потенціал резильєнтності та соціальної підтримки як чинників, що знижують психоемоційний дистрес. Негативні кореляції резильєнтності (CD-RISC) із

показниками ПТСР, тривоги та депресії дозволяють трактувати її як ключовий внутрішній механізм подолання травматичних наслідків та відновлення адаптаційних можливостей. Аналогічно сприймана соціальна підтримка (MSPSS) продемонструвала статистично значущі негативні зв'язки з показниками психоемоційного дистресу, що підтверджує її буферну роль у процесі стабілізації та адаптації. Додатково встановлено позитивний зв'язок між резильєнтністю та соціальною підтримкою, що вказує на їх взаємне підсилення і підтверджує доцільність психосоціальних моделей допомоги, які інтегрують роботу з особистісними ресурсами та підтримувальним середовищем.

На основі отриманих результатів визначено провідні психосоціальні потреби військовослужбовців, які включають стабілізацію психоемоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, подолання тривожного напруження, профілактику депресивного виснаження та підтримку процесів соціальної реінтеграції. Особливої уваги потребують випадки сімейної кризи й соціальної дезадаптації, оскільки дефіцит підтримки та ізоляційні тенденції посилюють симптоми дистресу й ускладнюють відновлення. Також у межах розділу окреслено групи підвищеного ризику – військові з високою травматичною симптоматикою у поєднанні зі зниженою резильєнтністю та недостатньою соціальною підтримкою, а також особи, для яких характерні виражена ізоляція, сімейні конфлікти та кризові стани. У таких ситуаціях можливе підвищення суїцидальних ризиків, що потребує уважності фахівців, раннього виявлення психологічної дезадаптації та забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги.

Практична частина розділу була спрямована на формування рекомендацій для організації психосоціальної допомоги військовослужбовцям. Запропоновано рекомендації для психологів щодо впровадження ресурсно-орієнтованого супроводу, психоосвіти, стабілізаційних практик, диференційованої роботи з групами ризику та застосування травма-інформованого підходу. Для соціальних працівників

визначено пріоритети кейс–менеджменту, побудови маршруту допомоги, профілактики ізоляції та відновлення соціальних ролей через залучення військових до ветеранських і громадських ініціатив. Окремо сформульовано рекомендації для сімей щодо підтримувальної комунікації, формування безпечного середовища та реалістичних очікувань у процесі повернення. Для громади й ветеранських просторів наголошено на важливості розвитку середовища підтримки без стигматизації, програм взаємодопомоги та психоосвітніх заходів для родин.

Отже, результати третього розділу підтверджують, що психоемоційний стан військовослужбовців після бойового досвіду формується у взаємодії травматичної симптоматики та афективних проявів, а резильєнтність і соціальна підтримка виступають ключовими факторами адаптації. Виявлені закономірності мають суттєве практичне значення й обґрунтовують необхідність комплексної системи психосоціальної допомоги, яка поєднує психологічну стабілізацію, розвиток ресурсів і активізацію підтримувального соціального середовища як умов успішної реінтеграції військовослужбовців у мирне життя.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретико–емпіричне дослідження проблеми психосоціальної допомоги військовослужбовцям у сучасних умовах, що зумовлені високою поширеністю бойового стресу, психологічної травматизації та труднощів соціальної реінтеграції після повернення з зони бойових дій. Актуальність обраної теми підтверджується тим, що психоемоційні наслідки бойового досвіду, зокрема симптоми посттравматичного стресу, тривожні та депресивні стани, істотно впливають на якість життя військових, їх соціальне функціонування, сімейні стосунки та здатність до ефективної адаптації у мирному середовищі. Водночас надання психосоціальної допомоги має реалізовуватися не як окремий епізод психологічного втручання, а як системний процес, що поєднує роботу із симптомами дистресу, формування навичок саморегуляції та відновлення ресурсів особистості у взаємодії з соціальним середовищем.

У теоретичній частині роботи обґрунтовано, що психосоціальна допомога є комплексною системою підтримки, яка інтегрує психологічні та соціальні інтервенції та спрямована на стабілізацію психоемоційного стану, зміцнення ресурсів адаптації та відновлення життєвого функціонування військовослужбовців. Визначено ключові принципи психосоціальної роботи: гуманістичну спрямованість, добровільність, конфіденційність, доступність, системність, міжвідомчу взаємодію та ресурсно–орієнтований підхід. Доведено, що ефективність підтримки суттєво підвищується за умов упровадження міжнародних підходів, зокрема моделі МНРСС і trauma–informed care, які передбачають багаторівневу організацію допомоги, пріоритет психологічної безпеки, недопущення повторної травматизації та активне залучення соціальних ресурсів (родини, побратимів, громади, ветеранських спільнот).

Проаналізовано психологічні наслідки бойового досвіду у військовослужбовців і встановлено, що вони характеризуються багатоконпонентністю та можуть охоплювати посттравматичний стрес, хронічну тривожність, депресивні прояви, емоційну нестабільність, виснаження та порушення адаптації. Наголошено, що значущим ускладнювальним фактором виступають соціально–психологічні бар'єри звернення по допомогу, серед яких провідне місце займають стигматизація, недовіра до психологічних сервісів, прагнення уникати болісних переживань та дефіцит інформації про доступні форми підтримки. Окремо підкреслено роль сімейних і соціальних чинників як системи ризиків і ресурсів, які можуть як посилювати дистрес, так і забезпечувати його зменшення через включеність у підтримувальне середовище.

Емпірична частина дослідження була організована як кореляційне дослідження з метою визначення взаємозв'язків між показниками психоемоційного дистресу та ресурсними характеристиками військовослужбовців. Дослідження проводилося серед військових (м. Самар) з використанням комплексу психодіагностичних методик: PCL–5 для оцінки посттравматичної симптоматики, HADS для визначення рівня тривоги та депресії, CD–RISC для вимірювання резильєнтності та MSPSS для оцінки сприйманої соціальної підтримки. Математико–статистична обробка включала описову статистику та кореляційний аналіз (r –Пірсона), що дозволило встановити достовірні закономірності у структурі психоемоційного стану і ресурсів.

За результатами описового аналізу встановлено, що у вибірці військовослужбовців наявні помірно виражені прояви посттравматичного стресу, підвищений рівень тривожності та помірні депресивні прояви, що підтверджує поширеність психоемоційного дистресу після бойового досвіду. Разом із тим визначено, що резильєнтність і соціальна підтримка в середньому мають достатній рівень, однак спостерігається значна індивідуальна варіативність, що дозволяє виділити групу

військовослужбовців із низькими ресурсними показниками та підвищеною психологічною вразливістю. Це свідчить про необхідність диференційованого підходу в психосоціальній допомозі з урахуванням інтенсивності симптомів і рівня ресурсного потенціалу.

Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущу взаємопов'язаність між травматичною симптоматикою та тривожно–депресивними проявами: зі зростанням симптомів ПТСР підвищується рівень тривоги та депресії, що вказує на комплексний характер психоемоційного дистресу у військових. Одночасно встановлено захисну роль резильєнтності та соціальної підтримки: обидва ресурси мають значущі негативні кореляції з показниками ПТСР, тривоги та депресії, що дозволяє трактувати їх як ключові чинники адаптації та психологічного відновлення. Виявлено також позитивний зв'язок між соціальною підтримкою і резильєнтністю, що підтверджує взаємне підсилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів та узгоджується з сучасними психосоціальними моделями допомоги.

На підставі емпіричних результатів визначено провідні психосоціальні потреби військовослужбовців, які включають стабілізацію психоемоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, зниження тривожного напруження, профілактику депресивного виснаження та підтримку соціальної реінтеграції. Показано, що дефіцит соціальної підтримки та зниження резильєнтності формують підвищені ризики дезадаптації, ізоляції та загострення симптоматики, тому саме ці групи потребують пріоритетного супроводу. У роботі також наголошено на необхідності уважності до ризиків кризових станів у випадках високого дистресу та низьких ресурсів і забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги у ситуаціях підвищеної загрози.

Практичне значення дослідження полягає в розробленні рекомендацій щодо організації психосоціальної допомоги військовослужбовцям. Запропоновано цілісний підхід, що включає впровадження ресурсно–орієнтованої психологічної підтримки, системну психоосвіту, стабілізаційні практики, розвиток резильєнтності як ключової терапевтичної мішені та

використання trauma-informed підходу. Обґрунтовано важливість соціального супроводу у форматі кейс-менеджменту, відновлення соціальних ролей військового та активного включення його до ветеранських ініціатив і програм взаємодопомоги. Визначено роль сім'ї як провідного джерела підтримки та надано рекомендації щодо формування стабільної комунікації, безпечних побутових ритуалів і сприяння зверненню по допомогу без примусу. Для громади й ветеранських просторів обґрунтовано необхідність створення доступного безстигматизуючого середовища підтримки, розвитку програм «рівний-рівному» та проведення психоосвітніх заходів для сімей військовослужбовців.

Таким чином, поставлена мета магістерського дослідження була досягнута, а завдання виконані. Теоретичний аналіз і емпіричні результати підтверджують, що ефективна психосоціальна допомога військовослужбовцям має будуватися на інтеграції трьох ключових компонентів: зниження психоемоційного дистресу, посилення резильєнтності як внутрішнього ресурсу та активізація соціальної підтримки як зовнішньої опори. Комплексність і міждисциплінарність такої допомоги є необхідною умовою успішної реінтеграції військових, збереження їх психічного здоров'я та підвищення якості життя в умовах тривалих соціальних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акімова Н. В. Психологічна адаптація особистості в умовах стресу та травматизації : монографія. Київ : Видавничий дім «Слово», 2017. 268 с.
2. Артемчук Г. І. Психологічна допомога військовослужбовцям: теорія та практика. Київ : Ніка–Центр, 2018. 224 с.
3. Бойко В. В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе та інших. 2–ге вид. Київ : Академвидав, 2016. 304 с.
4. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словник–довідник з психодіагностики. Київ : Перун, 2016. 224 с.
5. Василенко О. М. Психологічна підтримка та реабілітація учасників бойових дій: сучасні підходи. *Психологічний часопис*. 2019. № 5(7). С. 34–42.
6. Вдовиченко Ю. П. Психосоціальна реабілітація військовослужбовців: міждисциплінарний підхід. *Медична психологія*. 2020. Т. 15, № 2. С. 12–18.
7. Галецька І. І. Резильєнтність як психологічний ресурс особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 40. С. 58–70.
8. Горбенко К. О. Соціальна підтримка як чинник психічного здоров'я у кризових умовах. *Соціальна робота та освіта*. 2021. Т. 8, № 1. С. 26–35.
9. Гусак Н. Є. Психосоціальна підтримка в громадах: моделі та інструменти. Київ : Дух і Літера, 2020. 196 с.
10. Демченко І. І. Психологічні наслідки бойової травми та шляхи їх подолання. *Вісник Національного університету оборони України*. 2017. № 3(47). С. 74–81.
11. Єна А. І. Психологічна допомога ветеранам та членам їх сімей: методичні рекомендації. Київ : МОН України, 2021. 64 с.

12. Журавльова Л. П. Емоційне вигорання: сучасні дослідження та профілактика. Київ : Каравела, 2019. 240 с.
13. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Соціальна підтримка та її роль у подоланні кризових станів. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 156 с.
14. Карамушка Л. М. Психологія стресу та копінгу: теорія і практика. Київ : Логос, 2017. 312 с.
15. Козлова О. О. Психологічні механізми тривоги в умовах травматичного стресу. *Психологія і суспільство*. 2018. № 4. С. 102–110.
16. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально–психологічні чинники стресостійкості особистості. Київ : Ніка–Центр, 2016. 256 с.
17. Кравченко О. О. Реінтеграція ветеранів: соціально–психологічні аспекти. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2020. Вип. 88. С. 90–99.
18. Кучеренко С. М. Психологічне консультування військовослужбовців із симптомами ПТСР. *Практична психологія та соціальна робота*. 2019. № 6. С. 12–18.
19. Лазоренко О. В. Психологічна травма війни: підходи до психотерапії та реабілітації. Харків : Факт, 2018. 280 с.
20. Левченко К. Б. Психосоціальна підтримка постраждалих від збройного конфлікту: методичний посібник. Київ : ФОП Клименко, 2017. 112 с.
21. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : КММ, 2017. 256 с.
22. Маркова М. В. Розлади адаптації у військовослужбовців: діагностика та допомога. *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, № 2. С. 45–52.
23. Мельник Ю. Б. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: сучасні технології. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 1, Вип. 49. С. 139–149.

24. Наказ МОЗ України. Про затвердження порядку надання психіатричної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій. Київ, 2017.
25. Онищенко Н. М. Соціальна робота з ветеранами: технології супроводу. Київ : Академія праці, 2020. 212 с.
26. Орбан–Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : підручник. 5–те вид. Київ : Либідь, 2020. 560 с.
27. Павленко В. В. Психологічна підтримка сім'ї військовослужбовця після повернення з війни. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 38. С. 182–193.
28. Панок В. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях: теорія та практика. Київ : Ніка–Центр, 2016. 232 с.
29. Романчук О. І. Травма війни: психологічні наслідки та стратегії допомоги. Львів : Свічадо, 2017. 240 с.
30. Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки. Київ : Академвидав, 2016. 320 с.
31. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: ресурси та відновлення. Київ : Міленіум, 2018. 192 с.
32. Шевченко Н. Ф. Психосоціальна адаптація ветеранів: роль громади та соціальних служб. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2022. № 1. С. 41–49.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM–5–TR*. Washington, DC : APA, 2022. 1050 p.
37. Brymer M., Jacobs A., Layne C. et al. Psychological First Aid: Field Operations Guide. 2nd ed. Los Angeles : National Child Traumatic Stress Network, 2019. 132 p.
38. Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R. et al. Evidence for proposed ICD–11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10(1).
39. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC): 10–item version –

validation and applications. *Journal of Psychiatric Research*. 2016. Vol. 84. P. 215–222.

40. Creswell J. W., Creswell J. D. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5th ed. Thousand Oaks : Sage, 2018. 304 p.

41. De Waal M. M., Dekker J. J. M. Social support and PTSD in military populations: systematic review. *Military Psychology*. 2017. Vol. 29(5). P. 382–401.

42. Donnelly K., Valentine C. PTSD, depression and anxiety in veterans: the role of social support. *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 256. P. 100–108.

43. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2020. 656 p.

44. Galatzer–Levy I. R., Huang S. H., Bonanno G. A. Trajectories of resilience and dysfunction following trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018. Vol. 14. P. 193–214.

45. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. Updated ed. New York : Basic Books, 2015. 336 p.

46. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C. et al. Five essential elements of immediate and mid–term mass trauma intervention. *Psychiatry*. 2016. Vol. 79(2). P. 130–142.

47. Hoge C. W., Castro C. A. Preventing suicides in service members and veterans: beyond mental health care. *JAMA*. 2020. Vol. 324(6). P. 548–549.

48. Kalisch R., Baker D. G., Basten U. et al. The resilience framework as a strategy to combat stress–related disorders. *Nature Human Behaviour*. 2017. Vol. 1. P. 784–790.

49. Kazlauskas E., Zelviene P. Trauma–informed care: principles and application in community settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18(9).
50. Kessler R. C., Aguilar–Gaxiola S., Alonso J. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8(sup5).
51. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ–9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2016. Vol. 31(6). P. 606–613.
52. Magruder K. M., McLaughlin K. A., Elmore Borbon D. L. Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8(1).
53. Maslow A. H. *Toward a Psychology of Being*. 3rd ed. New York : Wiley, 2015. 240 p.
54. Masten A. S. Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks for research and practice. *Current Opinion in Psychology*. 2018. Vol. 19. P. 1–6.
55. McFarlane A. C. The long–term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*. 2020. Vol. 19(2). P. 170–171.
56. Mollica R. F., Brooks R. *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*. Nashville : Vanderbilt University Press, 2018. 320 p.
57. Norcross J. C., Wampold B. E. Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma. *Psychotherapy*. 2019. Vol. 56(4). P. 475–480.
58. Rauch S. A. M., Simon N. M., Rothbaum B. O. Trauma–focused therapies and evidence–based practice. *American Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 175(1). P. 1–4.
59. Rose T., Levy K. N. Trauma, depression and interpersonal functioning among veterans. *Clinical Psychology Review*. 2018. Vol. 63. P. 1–12.

60. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva : WHO, 2018. 96 p.