

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

Факультет філології, психології та педагогіки
Кафедра психології та педагогіки

Рекомендовано до захисту
«___» _____ 2025р.,
протокол № _____
Зав. кафедри _____
(підпис)

Кваліфікаційна робота
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ
ВЕТЕРАНІВ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

Виконав: студент 2 курсу, групи 601-ФП
денної форми навчання
спеціальності 053 «Психологія»

Чикуров Д. О.

(прізвище та ініціали)

ОПП «Практична психологія»

Керівник: к.п.н., доцент **Шевчук В.В.**

(науковий ступінь та/або вчене звання, прізвище, ініціали)

Рецензент: _____

(науковий ступінь та/або вчене звання, прізвище, ініціали)

Захищено «___» _____ 202__ р.

кількість балів: _____

значення оцінки _____

Голова Екзаменаційної комісії _____

(підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Полтава – 2025 року

ЗМІСТ

Вступ	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	
1.1. Поняття адаптація та реадaptaція військовослужбовців	8
1.2. Критичні періоди під час адаптації ветерана в цивільні суспільство	16
1.3. Патогенні фактори, що заважають успішній адаптації	22
1.4. Саногенні фактори, що сприяють успішній адаптації	33
Висновки до першого розділу	44
РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	46
2.1. Основні характеристики вибірки досліджуваних	46
2.2. Дизайн емпіричного дослідження	52
2.3. Методика ВООЗ для оцінки якості життя	55
2.4. Методика Шкала впливу травматичних подій	66
2.5. Методика оцінки депресивних станів А. Бека	63
Висновки до другого розділу	69
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	71
3.1. Кластер «Психічний стан»	71
3.1.1. Результати дослідження за шкалою впливу травматичної події	72
3.1.2. Результати дослідження депресії за шкалою А. Бека	80
3.2. Кластер «Соціальне середовище»	86
3.2.1. Результати дослідження якості життя за факторами ВООЗ	86
3.2.2. Зведений статистичний аналіз результатів дослідження	97
Висновки третього розділу	102
ВИСНОВКИ	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	108
ДОДАТКИ	122
Додаток А. Первинні данні емпіричного дослідження показників ШВТП	123
Додаток Б. Первинні данні емпіричного дослідження за шкалою депресії	127
Додаток В. Первинні данні результатів дослідження суб'єктивної якості життя ВООЗ	131

ВСТУП

Кваліфікаційна робота магістра на здобуття освітньої кваліфікації магістр психології. Наукова робота виконана в Національному університеті «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» в 2025 році. Практична частина була реалізована на базі медичного відділу консультативної платформи План Б.

Кваліфікаційна робота магістра присвячена вирішенню наукового завдання щодо диференціації факторів, що впливають на процес реадaptaції та ресоціалізації ветерана до умов цивільного життя.

Актуальність. Наявні в світі технології реадaptaції військовослужбовців в основному направлені на реадaptaцію військовослужбовця професійної армії. Проблеми широкомасштабних війн з використанням мобілізованої армії та процес реадaptaції різних вікових груп у цивільне суспільство майже не розглядалися.

Проблематика адаптації військовослужбовців до цивільного життя почала активно обговорюватися в науковій спільноті наприкінці 1930-х – початку 1940-х років, зокрема через досвід Першої світової війни та підготовку до Другої світової. У 1941 році, з початком глобальних конфліктів, дослідження фокусувалися на психологічних і соціальних викликах реінтеграції ветеранів, включаючи ПТСР, соціальну ізоляцію та економічні бар'єри. Сучасні зарубіжні наукові підходи представлені роботами Е. Еріксона, С. Гобфолла, Р. Патнема, З. Соломона, Р. Ланіуса, Т. Таніелян та ін., у яких адаптація ветеранів розглядається крізь призму теорій ідентичності, ресурсів, соціального капіталу та довготривалих траєкторій посттравматичного стресу.

У працях українських авторів (В. Алещенко, О. Блінов, О. Кокун, В. Заїка, В. Кондрюкова, І. Слюсар, М. Козігора, І. Коваленко, Г. Ломакін, А. Чернов та ін.) детально проаналізовано психологічний стан військовослужбовців, прояви бойової психічної та моральної травми, особливості реадaptaції осіб, звільнених у запас, а також роль сімейної та соціальної підтримки у відновленні психічного здоров'я. Значна увага приділяється практичним аспектам психологічного

супроводу, діагностиці субклінічних розладів і розробці програм психосоціальної реабілітації, що підкреслює прикладну спрямованість вітчизняних досліджень у контексті сучасних воєнних викликів.

Попри високу суспільну актуальність і значну практичну потребу у системній підтримці ветеранів, на сьогодні не сформовано уніфікованого та науково обґрунтованого алгоритму їхньої соціально-психологічної адаптації до умов цивільного життя. Існуючі підходи мають фрагментарний характер і не завжди враховують комплексну взаємодію індивідуальних психічних особливостей, соціального контексту та ресурсного потенціалу особистості. У зв'язку з цим актуалізується необхідність емпіричного аналізу факторів, які сприяють або, навпаки, перешкоджають процесу реадаптації військовослужбовців після завершення служби.

Наше дослідження спрямоване на вивчення ключових детермінант соціально-психологічної адаптації ветеранів у цивільному середовищі, зокрема психічного стану, вікових характеристик, соціокультурних умов та сімейного контексту. Окрему увагу приділено аналізу патогенних факторів, що ускладнюють адаптаційний процес, а також саногенних ресурсів, які забезпечують його стабілізацію та позитивну динаміку.

Мета дослідження полягає у виявленні закономірностей і специфічних особливостей процесу соціально-психологічної адаптації ветеранів до умов цивільного життя, визначенні критичних періодів цього процесу, а також аналізі впливу саногенних і патогенних факторів на перебіг реадаптації.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми адаптації ветеранів у цивільному суспільстві.
2. Виокремити та теоретично обґрунтувати критичні періоди процесу соціально-психологічної адаптації ветеранів.
3. Визначити та систематизувати саногенні й патогенні фактори, що впливають на перебіг адаптації військовослужбовців до цивільного життя.

4. Емпірично перевірити теоретичну модель успішної соціально-психологічної адаптації ветеранів.

Об'єктом дослідження є процес соціально-психологічної адаптації ветеранів до умов цивільного життя.

Предметом дослідження виступають саногенні та патогенні фактори, що визначають перебіг і результати процесу адаптації військовослужбовців у цивільному середовищі.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що успішна соціально-психологічна адаптація ветеранів у цивільному суспільстві зумовлена взаємодією індивідуальних психічних особливостей особистості з системою саногенних соціальних ресурсів, тоді як переважання патогенних чинників асоціюється з підвищеним ризиком дезадаптивних психологічних станів та зростанням вираженості субклінічної депресивної й травматичної симптоматики.

Наукове осмислення проблеми соціально-психологічної адаптації ветеранів ґрунтується як на вітчизняних, так і на зарубіжних дослідженнях, що висвітлюють наслідки бойового досвіду, механізми дезадаптації та ресурси відновлення. Узагальнення цих підходів створює теоретичне підґрунтя для комплексного аналізу адаптації ветеранів як багатовимірного процесу, що визначається взаємодією індивідуальних психологічних характеристик і соціального середовища.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять класичні та сучасні наукові підходи до розуміння стресу, адаптації та психічного здоров'я особистості. Зокрема, використано психофізіологічну концепцію стресу Г. Сельє, а також когнітивно-транзакційну модель У. Кеннона і Р. Лазаруса (Richard S. Lazarus; Arnold Lazarus), відповідно до яких стрес розглядається як адаптивна реакція психофізіологічної системи особистості на несприятливі впливи зовнішнього середовища. Особливості бойового стресу та його вплив на психіку військовослужбовців проаналізовано з опорою на наукові праці О. Блінова та О.

Кокуна, у яких акцентується увага на специфіці екстремальних умов військової діяльності.

Проблему реадаптації осіб після завершення військової служби розглянуто в межах концепцій В. Алешка, Г. Ломакіна В. Алещенка, Г. Вошколуп та ін. Для аналізу дезадаптаційних змін особистості використано підхід, запропонований Л. Герасименко, А. Скрипниковим і Р. Ісаковим, у межах якого дезадаптивні стани інтерпретуються як реакції на гострий стрес і постстресові розлади. Теоретичне підґрунтя дослідження саногенних процесів сформовано на основі праць А. Антоновського, А. Маслоу та С. Кобаси, Н. Агаєва, О. Бессараба що розкривають роль ресурсів, смислів і життєстійкості у збереженні психічного здоров'я. Узагальнення цих підходів створює теоретичне підґрунтя для комплексного аналізу адаптації ветеранів як багатовимірного процесу, що визначається взаємодією індивідуальних психологічних характеристик і соціального середовища.

Концептуально дослідження базується на принципах детермінізму та феноменологічного підходу, а для емпіричної перевірки висунутої гіпотези застосовано методи математико-статистичного аналізу.

Емпірична база дослідження. На базі консультативної платформи план Б. В дослідженні взяло участь 63 особи, що є діючими військовослужбовцями або звільненими в запас з різних причин.

Наукова новизна роботи полягає у виявленні та емпіричному обґрунтуванні ключових соціально-психологічних чинників, що детермінують процес реадаптації та соціальної інтеграції ветеранів у цивільне суспільство, а також у системному аналізі критичних періодів цього процесу з урахуванням субклінічних форм психічного неблагополуччя. У роботі вперше показано, що відсутність клінічної психопатології не є тотожною успішній соціально-психологічній реінтеграції, а визначальну роль у цьому процесі відіграють соціальні ресурси та збережені життєві ролі.

Теоретичне значення роботи полягає у поглибленні уявлень про механізми соціально-психологічної реадаптації ветеранів шляхом виокремлення

та концептуалізації саногенних і патогенних факторів адаптації, диференціації критичних етапів переходу від військової до цивільної ролі та побудови інтегративної моделі реадaptaції, що поєднує психічний стан особистості, соціальні зв'язки та умови життєвого середовища в єдину систему взаємодії.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для обґрунтування диференційованих програм психологічного та медико-соціального супроводу ветеранів з різним рівнем адаптаційного потенціалу. Результати дослідження дозволяють своєчасно ідентифікувати потребу в інтервенціях різної інтенсивності – від спеціалізованої психотерапевтичної допомоги до програм соціалізації та підтримки – а також створювати умови для психологічної інтеграції ветерана в цивільне суспільство з урахуванням непатологічних, але значущих змін у структурі особистості, зумовлених бойовим досвідом.

Апробація. Основні ідеї та результати дослідження були перевірено у практиці діяльності Команди психологічної платформи План Б та представлені на науково-практичних конференціях.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел, що нараховує 125 найменувань та 3 додатків. Робота викладена на 107 сторінках основного тексту. Містить 20 таблиць в основному тексті роботи.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

Розділ присвячений теоретичному аналізу факторів, що сприяють адаптації ветерана до цивільного суспільства. Оскільки ми маємо чітко розроблену модель клінічної дезадаптації в розділі ми більше зосередимося на описанні норми адаптації з можливими її варіаціями. Оскільки норма це зазвичай феноменологічне поняття суб'єктивної задоволеності своїм життям, певного балансу між задоволенням своїх потреб та вимогами суспільства опис ніколи не буде вичерпним.

1.1. Поняття адаптація та реадaptaція військовослужбовців

Психологічна адаптація – це сукупні властивості індивіда, що характеризують його стійкість до умов середовища та рівень пристосування до них; результат такого пристосування є взаємодія між суб'єктом та середовищем це завжди двосторонній процес, об'єктом дослідження є взаємодія індивіда й середовища. В контексті адаптації військовослужбовця до умов цивільного середовища, перепону на шляху її ефективного здійснення часто стає травматичний досвід та навіть не маючи розгорнутої психологічної травми треба діяти відповідно до соціального контексту враховуючи традиції, прави та ритуали взаємодії прийняті в спільноті, це стає проблемою з тієї причини, що військова спільнота значно відрізняється від цивільного суспільства, тим паче , якщо мова йде про учасника бойових дій. Виживання на полі бою забезпечує швидкість реакції, прийняття рішень, майже миттєва взаємодія з індивідами, більшість типових правил цивільної взаємодії, як то пусті бесіди для підтримання контакту, соціальні ігри описані Є. Берном під час військових операцій не тільки не мають сенсу але і загрожують життя. Тобто військове середовище, участь у бойових діях диктують психіці військовослужбовця

швидкість реакцій та поведінку, що часто змінює психіку на фізіологічному підрівні, ми маємо на увазі формування цілих рефлексорних комплексів, так і зміни на гуморальному рівні. Це цілком відповідає еволюційній логіці, де адаптації є результатом природного добору. Суто в психологічному руслі ці зміни забезпечені соціальним тиском або конформністю (Соломон Аш), підкоренням авторитету командира (Стенлі Мілгрем), формування швидких рефлексорних відповідей на подразники тобто результатом навчання військовослужбовця стає певний набір умовних рефлексів (І. Павлов).

Приведені вище дані є справедливими для типовою військової служби без бойових дій. Якщо включити в розгляд питання участь у бойових діях то відправною точкою є праці Г. Сельє присвячені стресу, як адаптивній реакції на полі бою з уточненням специфіки, що полягає в тому, що це не будь-який стрес а саме бойовий загроза життю, нервово психічне виснаження, постійна пролонгована дія фізіологічних подразників артилерія, дорни, тобто комбінація не сприятливого тиску психології та фізіології на психіку військовослужбовця, ці та ще не згадані нами фактори (як уніфікація військових через атрибути, форма, звання, медалі, чітко регламентоване місце у військовій ієрархії) є сприятливим ґрунтом для психологічних змін, які є перепорою до адаптації до цивільного середовища (О. Блінов; О. Сафін). На противагу цьому військовий вступає до лав збройних сил з цивільного суспільства тобто він має який досвід життя окремо від мілітаризованої культури, тому виходячи з методологічного принципу доцільно використовувати термін реадаптація.

Реоадаптація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізіологічних і психофізіологічних реакцій людини, що забезпечують її пристосування до певних умов праці і побуту. Як зазначалося вище військова служба в наслідок групового тиску, підкоренню авторитету та набуття умовно-рефлексорних зв'язків створює певні фреймові рамки взаємодії між особовим складом та командирами, ця взаємодія підкорюється певній ієрархії та несе в собі ритуальний характер, тобто є передбачуваною та чітко визначеною. Кризові явища викликає перехід до розмитих та слабо визначених цивільних рамок. На

нашу думку саме стан невизначеності створює напругу та відчуття того, що військовий не вписується в новий цивільний контекст. Сам цивільний фрейм створюється завдяки поєднанню таких таких соціально-психологічних явищ, як загальна соціальна перцепція ветерана, загальна каузальна атрибуція, рольові моделі та очікування стосовно дій та поведінки ветерана, що бажає реінтегруватися в цивільну спільноту. На початку кризові явище пов'язані саме з відчуттями ветерана та очікуваннями оточуючих стосовно його поведінки. Оскільки функція емпатії під час участі в бойових діях та просто проходження військової служби певним чином застигає, як і саморефлексія тобто все що потребує детального аналізу або своїх, або чужих почуттів стає на певну паузу, оскільки армійська система сигналів, мови та повідомлень значно відрізняється від цивільної. Така ситуація веде до неконгруентних дій ветерана в цивільній спільноті. Ми використали термін запропонований К. Роджерсом але в сенсі не відповідності між почуттями ветерана та соціальним контекстом взаємодії.

Для розуміння складності взаємодії між ветераном та цивільною спільнотою застосуємо теорію потреб А. Маслоу, військова спільнота реалізує потребу в належності та потребу в самоідентичності у військовому уставі чітко прописана роль та місце кожного звання та посади. Перехід до розмитих ролей, що мають в основі не визначений функціонал, а тільки певні рольові очікування, що ґрунтуються на емоційній основі тобто роль чоловіка, або роль батька або роль друга створює емоційну напругу, яка якраз і досягається через не визначеність та розмитість ролі. Можна додати до цього навіть якщо ця роль і була до служби в армії випадає значна частина емоційного компоненту, тобто роль формально є, але, що відтворювати функціонал ролі потрібна чутлива емоційна сфера, яка відразу після звільнення не налаштовується на інтимно-особистісний зв'язок. В результаті криза звільнення це криза ідентичності та приналежності, не обов'язково пов'язана з психопатологічним виміром, але обов'язково пов'язана з психологічними змінами.

Продовжуючи думку ми наштовхуємося на базовий зв'язок між психікою суб'єкта яка повинна задовольняти власні потреби з урахуванням соціального

контексту та правил взаємодії так і з самим соціальним контекстом, тобто на підсвідомому рівні цивільні зчитують його, але для військово це є проблемою бо не має звань, посад, регламенту дій, треба послуговуватися розумінням емоцій інших людей, якщо узагальнити то емоційним інтелектом, а він довгий час був на паузі.

Окремо ми б хотіли розглянути питання цінностей в критичній ситуації цінності кристалізується видно де справжня а де декларативна цінність. Тобто військовий перебуваючи в умовах бойових діях, міг розділяти цінності групи вони були кристалізована та прямі, моральні дилеми вирішувалися швидко та кожен бачив чого вартий він і чого вартий його побратим. Цивільна спільнота може демонструвати подвійні цінності тобто декларації можуть йти паралельно діям, усвідомлюючи це у військового виникає відчуття недовіри та відокремленості від цивільних. Його феноменологічний досвід участі в бойових діях узагальнюється таким чином, що є перевірені побратими та невідомі цивільні особи з якими себе важко ідентифікувати, оскільки я не знаю на що вони здатні. Це набуває особливої ваги, якщо теорію цінностей розглядати поруч з теорією потреб з тією різницею, що потреба може бути задоволена та афект, що імперативно вимагає її задоволення, послаблюється або зникає, а цінність не може бути ніколи цілковито задоволена тобто це певний вектор в житті індивіда, що вимагає від нього сталого реагування на моральні дилеми і ситуації. На відміну від рис характеру які проявляються в будь-якому соціальному контексті, цінності проявляють себе лише в ситуації морального вибору.

Наведені вище факти дають нам підґрунтя стверджувати, що просто відкат до цивільного життя неможливе, можливо взаємна інтеграція між роллю цивільної особи та роллю військовослужбовця. Перехідним містком між військовою та цивільною роллю є стабілізації емоційно-вольової сфери, відновлення емпатії, як механізму оцінки та взаємодії з рідними та близькими особами, певне відновлення відчуття безпеки та довіри до цивільного суспільства в цілому. Перехід з одного військової спільноти до цивільного суспільства, на нашу думку, повинен відбуватися поступово, тобто природним

процесом є те, що на початку процесу реінтеграції військовослужбовцю комфортно взаємодіяти з побратимами, ветеранськими організаціями та спеціально створеними середовищами, що мають на меті допомогти ветерану реінтегруватися в цивільну спільноту.

Питання стосовно особистісних психологічних якостей, які або сприяють або заважають процесу реінтеграції, є важливим для теоретичної моделі реінтеграції, але на нашу думку неможливо розкрити вичерпано. З розгляду ми свідомо виключаємо психічні захворювання, оскільки лікування та усунення психічної хвороби є завданням медичних наук, в плані цілісного процесу реінтеграції та в роботі мультидисциплінарної команди психологи часто беруть на себе роль медіатора між надавачами послуг та отримувачем послуг, але не лікують психічні хвороби. Суто психологічна робота полягає в усуненні загальної реактивності особистості, згладжуванні наявних загострення рис особистостей, або вироблення компенсаторних механізмів при необхідності усунення впливу органічних травм. Цілком природно що завдання психодіагностики, як клінічного так особистісного спрямування, лягає на плечі психолога. Ми можемо припустити, що такі риси особистості як високий рівень особистісної тривожності, ригідність, нейротизм та загальна схильність до апатійних і меланхолійних станів позитивно корелює як і з психічними хворобами так і з проблемами реінтеграції, на початку процесу реінтеграції загальна здатність до рефлексії, самоаналізу та аналізу соціального контексту традиційно знижені. Зниження попередньо перелічених якостей є операційною стороною кризи звільнення.

Значною перешкодою і водночас ресурсом є феноменологія пережитого бойового досвіду навіть не маючи ознак розгорнутої клінічної картини психічного захворювання участь в бойових діях та служба в армії загалом призводить до певного зниження рівня емоційної інтелекту на користь автоматичних дії, ритуалів, та визначеного іноді рефлекторного характеру взаємодії з цивільними особами. Такі адаптивні зміни були продуктивні на військовій службі та під час ведення бойових дії. В цивільному суспільстві

знижена здатність до емпатії та саморефлексії стає перешкодою на шляху реадаптації та повернення з чітко визначених статуютом ролей солдат та посад стрілець водій до ролей, що працюють не за статутом та автоматизмом, а на емоційній основі батько, друг, чоловік. Тобто ролі зазначені вище передбачають орієнтацію людини в чужих емоціях та потрапляння в очікування суб'єкта взаємодії.

Високі очікування діють як проти самого військовослужбовця так і проти його близьких. Наприклад, ветеран очікує від дитини, що вона прибрала іграшки, каже це дитині, дитина не чує, він сприймає це як неповагу та ігнорування, підвищує голос. Дитина, в свою чергу, лякається, якщо ситуації повторюється починає уникати взаємодії з батьком, як з небезпечним суб'єктом. За цією ситуацією спостерігає мати дитини, яка робить висновок, що її чоловік став надто суворий та неврівноважений. З психологічної точки зору відбулося накладання ролей в армії, які вимагають уважності та швидкої реакції на накази а ігнорування, або не належна увага до наказів призводить до дисциплінарних наслідків. Але сімейне середовище не є чітко визначеною ієрархією для виконання бойових завдань, тому в цьому випадку накладаються та змішуються ролі, не спрацьовує система очікувань, плутається комунікація ділова з інтимно-особистісної.

Якщо дивитися на вище приведений випадок глибше, то сама природа психіки – це відображення навколишньої дійсності з наданням їй сенсів. Поняття сенс тут розглядається ближче до поняття стимул, ніж до того, що визначав В. Франкл. Тобто певні стимули зовнішнього середовища є значимі для індивіда і він їм надає сенс, іноді ці сенси, ранжуються за простими типами реагування на них: «безпечні – небезпечні», «повага – неповага», «сприймають – не сприймають». Звичайно поняття стимулу є узагальненим та пояснює лише частину реакцій військового, стимул бажано сприймати в контексті соціальної взаємодії. Але психіка військовослужбовця, якраз і навчилася ігнорувати загальний контекст, бо участь в бойових діях, вчить виділяти найбільш небезпечний стимул та обирати найбільш швидку реакції. Ми можемо

припустити, що саме звідси й формується така реактивність. Тобто, у випадку участі в бойових діях, сам психічний апарат військового змінюється таким чином, щоб реагувати на мінливість поля бою, виживати та зберігати своїх побратимів. Психічний апарат змінюється таким чином, щоб забезпечити швидкість реакції та виживання, що часто, можна навіть сказати, як правило, не відповідає контексту взаємодії в цивільному середовищі.

У взаємодії з цивільним ветеран сприймається ними як занадто збуджений, а цивільні здаються ветерану занадто повільними. Особливо гостро така невідповідність проявляється в перші дні після звільнення учасника бойових дій, якій ще не пройшов процедуру декомпресії. До того ж, агресія, фрустрація та депривація потреб, швидкі короткі накази на полі бою забезпечували виживання військового в несприятливому середовищі. Тому, навіть за відсутності порушень емоційно-вольової сфери, відбуваються психологічні зміни в особистості, що проявляються в комунікації, в ставленні до інших, в загальному реагуванні на стимули соціального середовища та їх інтерпретація за орієнтирами військової ситуації.

Без урахування всього контексту соціальної взаємодії та каузальної атрибуції оточуючих, що сприймають ветерана, неможливо пояснити складнощі процесу реінтеграції та адаптації ветеранів до умов цивільного життя. Звичайно, вклад в систему атрибуції оточуючих робить інформаційне поле, яке є однією зі складових соціальної перцепції. Тут можлива як стигматизація внаслідок якої оточуючі упереджено ставляться до ветерана, уникають його, як небезпечного та не передбачуваного суб'єкта. Так і ідеалізація, як завищення позитивних рис, або присвоєння тих позитивних, якостей, якими ветеран не наділений. Відтак, викривлення соціального сприймання, виступає певним фільтром взаємодії і ґрунтується не на власному досвіді взаємодії з людиною з врахуванням його рис характеру, а на упередженнях, які працюють, як фільтр сприймання людьми один одного. Це особливо сильно спрацьовує у сприйманні узагальнених соціальних груп, як то емігранти, так й ветерани – тобто власний досвід замінюється інформаційної складовою, іноді плітками, іноді взагалі перебільшеним

випадком, що сам по собі передається в усній формі та кожен носій міфу додає якусь свою частину до викривлення та спрощення інформації.

Процес звільнення з військової служби та реадaptaція у цивільному суспільстві робить людину, що звільнилася вразливою. Їй практично все треба починати спочатку відновлювати соціальні зв'язки, шукати свою професійну або громадську роль у суспільстві. Кризові явища початкового етапу звільнення можуть трохи полегшити ветеранські організації, що на етапі реінтеграції дають психологічну підтримку ветерану. Цікавою специфікою цієї психологічної підтримки є те, що це не є формалізованою, психологічною інтервенцією. Оскільки звернення ветерана за психологічною допомогою знаходиться у конфлікті з його уявленням про себе як сильною особистості. Але опора на побратимів такою не сприймається, є більш прийнятною. При ідеальній моделі державної програми реінтеграції побратими пройшли базовий курс психологічної підготовки та мають потрібні навички та знання. Ця модель забезпечує як розуміння побратимами внутрішньої феноменології ветерана, що стає на початковий етап реінтеграції, так і базові поняття про роботу психіки, методи консультування, кейс-менеджменту.

Для ефективної роботи консультантів з реінтеграції з числа ветеранів та демобілізованих осіб потрібна інституція професійної супервізії. Найбільша небезпека полягає в заглибленні в травматичний досвід, яке може відбутися через те, що досвід ветерана вступає в резонанс із досвідом консультанта. З. Фройд пояснює це механізмом трансферу, специфіка військового трансферу полягає в тому, що досвід є емоційно інтенсивним. Тому, при виході з травмуючих обставин, стадія шоку замінюється на стадію емоційного розмороження та намагання психіки переробити травматичний досвід, але афективна зарядженість цього досвіду на піках вмикає реакцію уникнення, що не дає змогу особистості інтегрувати його до своєї біографії, тобто він в певній мірі дисоційований та повторюваний навіть при незначних тригерах. Консультант маючи подібний феноменологічний досвід може не свідомо його індукувати, що призведе не до стабілізації клієнта а навпаки до його відкату до травматичних подій. Вище

наведена ситуація вимагає, як професійної підготовки консультанта з числа ветеранів, так і роботу психолога над власними травмами консультанта, тож з метою уникнення рецидиву повинен бути передбачений інститут супервізії.

Наведені вище аргументи та опора на фундаментальні теорії психології, дають нам підставу стверджувати, що психологічні зміни в системі особистості ветерана присутні у всіх її сферах внаслідок отримання феноменологічного досвіду перебування в зоні бойових дій, або навіть служби у армії у військовий час. Виходячи з цього, просте повернення до цивільної ролі, що людина виконувала в минулому, є неможливим, тому доцільно зосередити сили та увагу на процесі інтеграції та використання бойового досвіду та служби в армії в цивільному суспільстві.

1.2. Критичні періоди під час адаптації ветерана в цивільні суспільство

Виділення критичних періодів під час реінтеграції військовослужбовця до цивільного суспільства ґрунтується на тому положенні, що сам факт звільнення з військової служби, стає не нормативною кризою в життя людини. Тобто втрата сталого контексту взаємодії з людьми, військового середовища та зміна з ідентичності військового на ідентичність цивільного дає підставу розглядати період звільнення як не нормативний кризовий етап в житті людини.

За аналогією з нормативним кризовим періодом розвитку психіки людини, успішне проходження кризи передбачає перебудову основної системи взаємодії між індивідом та суспільством. Центральним моментом та психологічним індикатором того, що кризове явище минуло і період реадаптації є завершеним, є виникнення нової ідентичності цивільної особи. Тобто віднайдення себе в цивільному суспільстві, взаємодія та побудова нових сеансів життя має проводитися з урахуванням отриманого бойового досвіду. Саме момент дисонансу між військовим та цивільним життям провокує кризове явище, а

психіка, будучи універсальним механізмом адаптації до перш за все цивільного середовища, повинна перебудуватися відповідним чином.

Закономірно, що кризу проходять поетапно та вона має критичні моменти реінтеграції людини до цивільної спільноти. Раптове звільнення через поранення або виявлену хворобу, може викликати гостру стресову реакцію тому, що такий розвиток подій не очікувався. Це є крайнім клінічним проявом реакції особистості на несприятливі життєві обставини, а якщо дивитися на проблему в феноменологічному руслі, то це, як мінімум, вибиває в людини ґрунт з під ніг. Військове життя є більш менш передбачуваним, тому непередбачуване звільнення провокує підвищений рівень тривожності, пов'язаний зі страхом людини перед своїм майбутнім. Але якщо передбачено поступовий перехід від військового життя до цивільного, тобто людина має контакти ветеранської організації, знає про свої права та установи, що можуть допомогти реінтегруватися в цивільне суспільство, перехід проходить значно м'якше та ймовірність гострої стресової реакції знижується.

Випадки коли людина звільняється при досягненні граничного віку служби, у зв'язку із закінченням контракту, або з інших передбачуваних для неї юридичних підстав, фактори, що провокують кризу, полягають вже не в психопатології, а в звичайній феноменології. Тобто, завищені очікування стосовно цивільного суспільства, нереалістичні плани, субклінічні рівні тривоги та депресії, зміна ідентичності з військового на цивільну особу, виступають в під час звільнення факторами, що ускладнюють реадаптацію.

Важливим фактором підтримки та тим, що згладжує кризові явища є родина та побратими військовослужбовця. Наголошуємо на тому, що номінальна наявність родини сама по собі не може автоматично зараховуватися до ресурсів, що підтримують ветерана. Важлива суб'єктивна підтримка від родини, що на рівні феноменів ідентифікується як відчуття приналежності до неї, та відчуття підтримки від родини. Нажаль реалії сьогодення свідчать про те, що багато родин військовослужбовців через тривалість бойових дій, та вимушений розрив на інтимно-особистісному рівні втратили зв'язок між собою. Відновлення та

поглиблення родинних зв'язків між ветераном та його родиною є важливим компонентом реінтеграції ветерана в цивільну спільноту.

На перших етапах звільнення з військової служби для ветерана важливо підтримувати зв'язок з побратимами, психологічно це повертає відчуття приналежності до спільноти, та згладжує кризові явища пов'язані зі втратою ідентичності. При ідеальних умовах це, ще й підтримка ветеранської організації, що розташована в громаді з якої походить ветеран. Відчуття спільноти та приналежності на рівні феноменів сприймається, як психологічна опора, залученість до спільноти, а залученість до спільної діяльності дає відчуття потрібності та власної користі для суспільства.

Ще один момент на який би ми хотіли звернути увагу – це момент ритуального переходу від військового до цивільного життя. Нажаль в нашому суспільстві є деяка зневага до ритуальних дій, як способу єднання людей. Хоча введений ритуал хвилини мовчання завдяки, якому як цивільні так і військові, вшановують загиблих, через ці спільні дії люди відчують єдність є вже законодавчо закріпленим. Ми має на увазі індивідуальний ритуал звільнення з військової служби, який відбувається у центрі комплектування та підтримки, солдату дякують за службу, відмічають його досягнення після цього його вже відпускають до родини. В родині вже готові його зустрічати, збираються друзі серед цивільних та родичі, влаштовується родинне свято. Такі прості ритуалізовані дії на інтуїтивному рівні дозволяють донести дві короткі тези: держава помітила жертву військового та відзначила її; військового чекала родина, він їй потрібен. Саме по собі вступ на військову службу є ритуальною дією через урочисту присягу, логічно, що завершення служби повинно бути теж валідизоване через ритуал.

Психологічними межами завершення початкового етапу адаптації є нормалізація психологічного стану ветерана, відновлення родинних ролей, «розмороження» емпатії, орієнтація в цивільному контексті життя. Як правило залишається дотичність до ветеранської організації, або власного підрозділу, якому ветеран допомагає через волонтерство, або продовження спілкування з

побратимами. Небезпека цього періоду у тому, що ці часові межі збігаються з періодами розвитку ПТСР. Якщо під час військової служби та участі в бойових діях психіка була орієнтована на поточну ситуації, то в період реадaptaції, коли захисні механізми послабили свій вплив, можуть нахлинати спогади про минуле. Зазвичай більшість ветеранів не мають розгорнутої клінічної картини посттравматичного стресового розладу, але окремі ознаки, болючі спогади про втрату, що мають ознаки нав'язливих думок, нічні жахіття або розлади сну, гіперпильність та підвищена реактивність виникає в більшості випадків. В основному в цей період реадaptaції більшість ветеранів і звертається за психологічною допомогою маючи не психічний розлад, а окрему симптоматику, що впливає на якість життя.

Як правило, звернення до психолога відбувається за настановою близьких родичів, або за рекомендацією побратима, що сам проходив процес психологічної реабілітації. Важливо на цьому етапі диференціювати соматичні проблеми, що накладають свій відбиток на весь процес реінтеграції від суто психологічних проблем. Так, якщо ветеран мав мінно-вибухові травми, на які під час звільнення просто не звернув уваги в процесі реінтеграції до цивільного середовища, то голова починає боліти, контакт з людьми стає не тривалим, ветеран швидко втомлюється та прагне уникати будь-яких подразників. В цьому випадку рекомендовано пройти огляд лікаря невропатолога та лікаря психіатра. Психологу відводиться просвітницька та валідизуюча функція. В окремих випадках, коли з'являється втрата орієнтації у дійсності, як от раптова часткова амнезія, психолог може супроводжувати особу до лікарів, надаючи підтримку на всіх етапах огляду, тобто виконуючи функцію фасилітації та медіації.

Формування та прийняття нової ідентичності, набуттям сталої цивільної ролі, ефективна діяльність в цивільному середовищі є завершенням цього етапу. Для прикладу багато осіб серед ветеранської спільноти поступають на навчання у ЗВО для отримання спеціальності психолога з метою оволодіти професійною допомагаю побратимам, відкривають або беруть активну участь у житті громадських організацій, відкривають бізнес. На відміну від того, що ветеран

знайшов роботу в перші місяці звільнення з військової служби з мотивом «аби дома не сидіти», в цьому випадку мета є сформованою та вона спирається на особисті якості людини. Тобто з певною мірою це сенс і місія, нова ідентичність. У випадку не проходження попередніх етапів – це шлях соціальної ізоляції, цементування бар'єрів між цивільною спільнотою та військовим, дія захисних механізмів, що дозволяє не сприймати реальність та не визнавати власні проблеми. Психічна регуляція відбувається через психоактивні речовини, психологічні інтервенції майже не ефективні зазвичай людина потребує госпіталізації до профільної установи.

Утвердження ідентичності якісними показниками подолання цього періоду є ефективне функціонування в цивільному суспільстві з врахуванням минулої військової ідентичності. Тобто на рівні феноменології людини вдалося поєднати ідентичність цивільної особи з ідентичністю військового. Критерієм ефективного функціонування є мережа якісних соціальних зв'язків з цивільними особами, наявність цивільної професії та суб'єктивне задоволення від виконання своєї нової цивільної ролі. На противагу цього у випадку, за наявності психологічних проблем, вони переходять в хронічний стан та набувають ознак патологічних рис особистості, емпіричною ознакою цього може бути будь-який різновид маргіналізації.

Сталий розвиток ідентичності характеризується отриманням результатів від своєї цивільної праці – це може бути входження в професію, за якою набував освіту військовослужбовець, отримання заохочень на роботі, перші прибутки ветеранського бізнесу, або розширення мережі бізнесу. Тобто відбувається сталий розвиток цивільної ролі. У протилежній ситуації відбувається маргіналізація особистості, що супроводжується втратою сенсу, неможливістю знайти своє місце серед цивільних. Саме цей стан часто провокує психічні захворювання, розлади психогенного генезу.

А. Чернов виділяє 5 основних фаз реінтеграції ветеранів, кожна фаза характеризується часовими рамками, патогенними факторами, можливими

психологічними станами, підтримуючими факторами та інтервенціями, що зменшують болісність процесу (див. табл. 1.2.1.).

Таблиця 1.2.1

Фази реінтеграції ветеранів (за А. Черговим, 2018)

Фаза реінтеграції	Часові рамки	Патогенні фактори	Можливі психологічні стани	Підтримуючі фактори	Рекомендовані інтервенції
Звільнення	0–3 дні	Фізичні травми (поранення, втрата кінцівок), раптове або неочікуване звільнення внаслідок травматичної події	Гостра стресова реакція, шок, розгубленість	Підтримка побратимів, членів родини	Проведення ритуалів повернення, первинна консультація військового психолога, залучення до ветеранської спільноти
Початковий етап адаптації	1–3 місяці	Соматичні розлади, відмова від прийняття цивільної ролі, інтенсивні спогади про бойові події, почуття провини свідка	Ознаки дезадаптації, симптоми ПТСР, тривожність, депресивні стани [1]	Повернення до сімейних ролей, побудова життєвих планів	Групи підтримки з питань реінтеграції, наставництво ветеранів, які вже адаптувалися
Прийняття нової ідентичності	3–6 місяців	Алкоголізація, соціальна ізоляція, уникання соціальних контактів	Патологічні зміни особистості, формування залежних або замкнених моделей поведінки	Зайнятість (робота, навчання, волонтерство), поєднання військової та цивільної ідентичності	Індивідуальна або групова психотерапія, участь у ветеранських ініціативах просоціального спрямування
Утвердження ідентичності	6 місяців – 1 рік	Хронічний перебіг психічних розладів, рецидиви, відмова від психологічної допомоги	Активізація захисних механізмів, ізоляція, агресивність або байдужість	Участь у програмах «рівний рівному», взаємодопомога, здобуття авторитету в громаді	Короткотермінові тренінги з особистісного розвитку, курси перекваліфікації, менторські програми
Сталий розвиток ідентичності	1–1,5 роки і далі	Втрата сенсу життя, виражені депресивні	Глибока апатія, соціальне відчуження,	Стабільна зайнятість, родина, соціальні зв'язки, позитивні	Розвиток ветеранського підприємництва, доступ до

Фаза реінтеграції	Часові рамки	Патогенні фактори	Можливі психологічні стани	Підтримуючі фактори	Рекомендовані інтервенції
		або суїцидальні тенденції	клінічні прояви психічних розладів	досягнення (нові стосунки, домашні улюбленці, творчість)	культурних і соціальних ресурсів, комплексні програми підтримки ветерана

Коли йдеться про психологічні феномени процесу реінтеграції, то їх сприйняття та часові рамки проходження є індивідуальними та не повторними, але все ж можливо побачити закономірність у появі деяких стратегій та стереотипів поведінки. Ми усвідомлюємо, що періодизація критичних періодів звільнення ветеранів є дискусійним питанням та не наполягаємо на її повній завершеності. Нами визначені орієнтовні періоди реінтеграції, практична користь яких полягає у розумінні змісту та форми надання психологічної допомоги відповідно до кожного етапу. Емпіричне підтвердження або спростування моделі є завданням для більш об'ємного та широкого дослідження в межах цілої наукової установи.

1.3. Патогенні фактори, що заважають успішній адаптації

У процесі повернення військовослужбовця до цивільного середовища формується низка психологічних реакцій, що можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер. Їхня інтенсивність, тривалість та вплив на соціальне функціонування визначають якість реінтеграції.

Дезадаптація – це комплекс стійких порушень у системі взаємодії індивіда з навколишнім середовищем, що проявляється у збої механізмів пристосування, зниженні ефективності регуляції поведінки та труднощах у виконанні звичних соціальних ролей. У ветеранів дезадаптація набуває особливої специфіки, це – військова модель реагування, заснована на швидкому аналізі загроз, імперативності наказів та високій мобілізації фізіологічних ресурсів, що продовжує діяти в умовах, де такі реакції стають надлишковими.

Саме несумісність між цивільним контекстом та умовно-рефлекторними структурами психіки, сформованими під час служби, утворює ядро поствійськової дезадаптації.

Дезадаптація військовослужбовців означає порушення “нормальної” психологічної інтеграції особи після завершення строків служби, або під впливом бойового досвіду. Д. Усик (2024) виділяє чинники, які сприяють дезадаптації, до яких належать: безпосередня загроза життю, контакт зі смертю і стражданнями, фізичні та психологічні умови служби, а також індивідуальні особливості психіки, чутливість до травми, фізіологічна конституція, попередній досвід.

За результатами досліджень у частини демобілізованих військових дезадаптація проявляється у вигляді зниження психоемоційного фону, роздратованості, нав'язливих спогадів, порушень сну, зміні соціального кола, інтересів, важкості повернення до колишнього способу життя.

Таким чином, дезадаптація – це не просто тимчасове утруднення, а іноді стійкий стан, що перешкоджає соціальній реінтеграції та якісному функціонуванню у цивільному житті. Дезадаптація – критичний феномен, що потребує науково обґрунтованої підтримки та корекції, особливо для ветеранів бойових дій.

Флешбеки – мимовільні, часто неконтрольовані епізоди повторного переживання травматичних подій, що включають сенсорні, емоційні та моторні компоненти.

У ветеранів цей феномен нерідко виникає на тлі різкого звукового подразника, різкого руху чи навіть звичайної побутової ситуації, що асоціюється із бойовою. Флешбек не є лише спогадом – це реактивація тієї ж нейрофізіологічної конфігурації, у якій перебувала психіка під час загрози. Тому суб'єктивно він сприймається як повернення «туди й тоді», а не усвідомлене згадування. Це підсилює відчуття небезпеки у цивільному середовищі та формує уникнення ситуацій, що хоч мінімально нагадують про бойовий досвід.

Флешбеки (як частина травматичних реакцій) – це характерний симптом для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – повторні, нав'язливі спогади або переживання травматичних подій, часто з емоційним, сенсорним, а іноді із соматичним компонентом. У публікаціях, присвячених ПТСР у військових, флешбеки описуються як “вторгнення” травматичного контенту у буденне життя – нічні кошмари, раптові спогади, підвищена тривожність при нагадуваннях про бойові події, уникання нагадувань, гіперактивність або надчутливість на подразники. Таким чином, флешбек – не просто спогад, а реактивна “перепрошивка” психіки, коли частина травматичного досвіду «оживає», що істотно ускладнює психологічну адаптацію та реадaptaцію.

Криза звільнення – це перехідний стан, пов'язаний із втратою чітко структурованої військової ролі, зміною соціального статусу та необхідністю формувати нову ідентичність. У цьому стані стикаються одразу кілька процесів:

- руйнування старої системи цінностей та поведінкових алгоритмів;
- недостатність нових цивільних навичок;
- емоційний вакуум та втрата відчуття приналежності;
- фрустрація через невідповідність між очікуваннями цивільного оточення та внутрішньою логікою ветерана.

На думку О. Сафіна, якій досліджував проблему реабілітація та реадaptaції учасників бойових дій, повернення до цивільного життя – це не просто формальне завершення служби, воно потребує системної психологічної реадaptaції. «Криза звільнення» включає втрату чітко структурованої ролі, яку мав військовослужбовець (звання, обов'язки, ієрархію, стабільність), розрив прив'язаностей до воєнного колективу, конфлікт між колишніми навичками, моделями поведінки та мирним соціумом, потребу в переосмисленні власної ідентичності, цінностей, сенсу життя. Цей перехід часто супроводжується емоційним вакуумом, невизначеністю, стресом, тривогою, втратою почуття приналежності. У багатьох ветеранів цей період може тривати місяцями або роками; без підтримки (соціальної, психологічної, професійної) існує ризик, що

«криза» переросте у стійку дезадаптацію або розвиток психічних порушень (Сафін, 2024).

Також «криза звільнення» часто супроводжується втратою соціального капіталу, а саме: втратою зв'язків, підтримки, кола, яке давало відчуття приналежності та безпеки. Цей аспект важливий, адже соціальна підтримка – один з ключових факторів успішної реадаптації.

У дисертаційному дослідженні О. Ю. Бессараба присвяченому проблемі дезадаптованості у ветеранів АТО та пошуку засобів її соціально-психологічної корекції зазначено, що відсутність чітко оформленої цивільної ролі, проблеми з працевлаштуванням, соціальною стабільністю, підтримкою – усе це підсилює кризу звільнення (Бессараба, 2021).

Таким чином, криза звільнення це – структурна психосоціальна проблема, яка потребує цілеспрямованого підходу: реадаптації, соціальної підтримки, допомоги у побудові нової ідентичності та ролей; вона може тривати місяцями, а за несприятливих умов, – роками, створюючи ґрунт для вторинних розладів.

Пережиті бойові події, втрата стабільності, порушення структури соціальних зв'язків – усе це може призводити до формування депресивних станів. У ветеранів депресія нерідко маскується під:

- знижену ініціативність;
- втому;
- емоційну байдужість;
- уповільнення мислення;
- дратівливість.

Субклінічні форми становлять окрему небезпеку через те, що симптоми недостатньо виражені, щоб людина сама звернулася по допомогу, але вони поступово виснажують психіку і ведуть до більш глибоких порушень – тривалих депресивних епізодів, соціального відчуження, втрати мотивації.

У роботі Виноградова-Аник О., & Лук'яненко І. (2025) описане дослідження, в якому серед молоді, яка пережила травматичні події під час війни, виявлено високий рівень депресії та тривожності. Зокрема, у вибірці з 146 осіб,

які пережили травму, значний відсоток мав “помірні або тяжкі симптоми депресії” за шкалою PHQ, а також тяжку тривожність за шкалою GAD-7.

Важливо, що деякі з цих станів є «субклінічними», коли симптоматика є, але вона не завжди доходить до порогу діагностики; проте вона є достатньо вираженою, щоб впливати на якість життя, мотивацію, соціальну активність, професійну реалізацію.

У ветеранів депресивні та субдепресивні стани можуть виникати як реакція на втрату побратимів, на відчуженість, на відсутність підтримки, на втрату сенсу, на складності зі зміною ролі, трудовою реалізацією. Без уваги вони можуть призвести до поглиблення психічного страждання та стійкої соціальної ізоляції. Депресивні та субклінічні розлади – один з ключових ризиків після бойового досвіду; їх потрібно враховувати у теоретичних моделях адаптації як потенційно негативні наслідки, а не лише як випадкові «побічні ефекти».

Субдепресивні розлади – це стани, у яких депресивна симптоматика не досягає клінічного рівня, але істотно впливає на якість життя. У ветеранів субдепресія часто поєднується з підвищеною тривожністю, адже нервова система довгий час працювала в режимі надмобілізації.

Тривожні розлади, зокрема генералізована тривога, панічні епізоди та постійна напруга м’язів, стають відображенням недостатнього «перемикання» нервової системи з бойового на цивільний режим. Парадокс полягає в тому, що саме ті реакції, які на фронті гарантували виживання, у мирному житті стають джерелом страждання.

У контексті військової служби та повернення з зони бойових дій, тривожні розлади стають однією з найчастіших проблем – зокрема, надмірна пильність, постійна готовність до загрози, гіпервідповідь психіки на подразники, безсоння, нервозність.

У дослідженні української молоді, яка переживає війну, відзначено, що тривожність та депресивні симптоми значно зростають, особливо у тих, хто пережив психотравматичні події; а недостача соціально-психологічної

підтримки і низька резилієнтність підсилюють ризик формування хронічних тривожних або депресивних станів.

Тривожні і субдепресивні розлади часто поєднуються: стабільна тривога, внутрішнє напруження, неспокій, занепокоєння про безпеку, майбутнє, страх перед “звичайним” життям – усе це призводить до зниження адаптивності, соціальної ізоляції, порушення міжособистісних зв'язків.

Алкоголь як дезадаптивний механізм виконує не рекреаційну, а регулятивну функцію: знижує внутрішню напругу, послаблює інтенсивність флешбеків, тимчасово вимикає надмірну активацію нервової системи. Однак така «саморегуляція» має дві ключові загрози:

1. Фіксація поведінкового патерну, що веде до залежності.
2. Погіршення міжособистісних відносин, особливо в сімейному контексті, де алкоголь провокує конфлікти та знижує толерантність до стресу.

В оглядах на проблему психологічної реінтеграції ветеранів зазначається, що одним із поширених шляхів «справлятися» з посттравматичним стресом, тривожністю, емоційною напругою є зловживання спиртним.

Алкоголізація може стати спробою зменшити внутрішню напругу, приглушити спогади, уникнути емоційних переживань, але вона також поглиблює дезадаптацію, погіршує фізичне, психічне та соціальне здоров'я, підвищує ризики конфліктів, ізоляції, суїцидальних думок. У дослідженнях корелюється «стрес реінтеграції + зловживання речовинами» з підвищеним ризиком суїцидальних думок.

Таким чином, алкоголізація у ветеранів є наслідком не моральної слабкості, а потреби заглушити надмірний внутрішній шум, але саме тому вона особливо небезпечна.

Втрата побратимів є одним із найглибших і найстійкіших джерел психологічної травми.

Для цивільної особи смерть знайомого – подія трагічна. Для військового – це руйнування частини особистісної структури, адже між побратимами

формується унікальний тип зв'язку: він об'єднує спільний ризик, досвід смерті поруч, абсолютну довіру.

Після звільнення саме ця втрата найсильніше заважає інтегруватися в нові соціальні кола:

- виникає почуття провини за те, що вижив;
- знецінюється власне життя;
- мимоволі відбувається порівняння цивільних із загиблими товаришами;
- формується переконання, що «ніхто не зрозуміє того, що ми пережили».

Цей досвід стає частиною особистісного ядра ветерана, і саме його опрацювання визначає успішність реадаптації.

У численних публікаціях, присвячених психосоціальним наслідкам бойових дій, відзначається, що втрата побратимів, товаришів – травматична втрата, що впливає на ідентичність, а також є однією з ключових психотравмуючих подій, яка формує глибоку екзистенційну кризу, почуття провини за виживання, втрату почуття безпеки, зміщення уявлень про цінність життя.

Ця втрата не лише емоційно травмує, але й руйнує систему соціальних зв'язків та підтримки, яка існувала серед військових – часто колишні побратими були головним соціальним оточенням. Після звільнення соціум змінюється, і цивільне середовище не дає аналогічної підтримки. Це підсилює ізоляцію, відчуженість, складність пошуку нових сенсів, нових «якорів».

Тому втрата товаришів виступає як постійний «внутрішній конфлікт» між пам'яттю про побратимів, почуттям провини, обов'язком пам'ятати і спробами «жити далі» – часто ця боротьба веде до психологічних порушень або дезадаптації.

Для багатьох військових завершення служби означає не лише зміну способу життя, а й зіткнення з внутрішнім вакуумом – раптовою втратою сенсу та екзистенційним зсувом, який потребує нового переосмислення власної ролі та присутності у світі.

Повернення з бойових дій рідко виглядає як «повернення до попереднього життя». Для багатьох ветеранів участь у бойових діях – це не просто набір подій, а екзистенційний досвід, що кристалізує смисли й спрямовує життєвий вектор: хто «свої», які цінності важливі, як треба діяти у критичних ситуаціях. Коли людина з цього контексту потрапляє в мирний побут, виникає феномен «втрати смислу» – раптова неможливість знайти у звичному цивільному житті ті ясні, директивні смисли, що існували «там» (захист товаришів, негайне реагування на загрозу, чіткі моральні настанови).

Подолання цього розриву не зводиться до усунення симптомів тривоги чи безсоння, воно вимагає роботи над сенсом – над тим, як ветеран може перенести, трансформувати або реконструювати свої бойові смисли у практики й ролі мирного життя. Логотерапевтична традиція Віктора Франкла наголошує: навіть у ситуації неможливості змінити обставини, особистість може знайти або створити значення, і це стає ключем до особистісної стійкості та реінтеграції.

Для багатьох ветеранів перехід до цивільності стає процесом глибокого переосмислення того, ким вони були на війні і ким можуть бути поза нею, – процесом деконструкції звичних ролей «солдата» та поступової реконструкції нової, цивільної ідентичності.

Ідентичність військовослужбовця формується в рамках жорсткої ієрархії, чітких ролей, спільних ритуалів і символів (звання, форма, обов'язки, мовні коди). Ця роль дає не лише функціональні навички, а й базову соціальну самоідентифікацію: «хто я», «з ким я», «навіщо я». При звільненні відбувається деконструкція цієї системи: соціальні маркери зникають або втрачають функцію, старі ролі більше не виконують свою спрямовуючу функцію, і від ветерана вимагається нова самоідентифікація. Еріксонівська концепція кризи ідентичності допомагає пояснити, чому для багатьох ветеранів цей етап є «повторною кризою ідентичності» – оскільки потрібно переосмислити власну роль у суспільстві, сім'ї, професії.

Соціальна ідентичність підкреслює важливу проблему – у війську належність до колективу побратимів наділена високою престижністю та

глибоким моральним змістом, тоді як цивільний простір не завжди пропонує групи зі схожими кодами солідарності. Це призводить до того, що ветеран у нових контекстах може відчувати девальвацію свого військового статусу і, як наслідок, або опинятися на межі соціальної периферії, або надмірно фіксуватися на військовій ролі як головній складовій своєї ідентичності.

У процесі повернення до мирного середовища особливо помітною стає напруга між моральними принципами, що кристалізувалися в бойових обставинах, і ціннісними нормами цивільного суспільства, що може викликати відчуття неузгодженості та внутрішнього розриву. У бойовому контексті цінності часто кристалізуються у прості, чіткі імперативи: виживання групи, взаємна довіра, прямолінійна моральна відповідь (реакція на загрозу, допомога пораненому, безкомпромісність у питаннях безпеки). Ці цінності – продукт екстреної моралі, яка працює в умовах виживання. У мирному середовищі цінності цивільного життя часто багатовимірні, декларативні та іноді суперечливі (наприклад, законодавчі норми, неформальні очікування соціуму; декларативні цінності честі, ритуали «ввічливості»).

Коли ветеран помічає розбіжність між «реальною» поведінкою цивільного середовища та своїм колишнім досвідом (наприклад, подвійні стандарти, лицемірство), це породжує недовіру, гнів, відчуття відчуження. Крім того, моральні дилеми, що колись вирішувались миттєво, у мирному житті вимагають тривалішої рефлексії – навичка, яка могла оніміти під час служби. Тому робота з цінностями – це не лише повернення «до старих», а реконструкція моральної карти: коли і як транслювати старі цінності в нові ролі (наприклад, трансформація від бойової солідарності в громадянську участь).

Ключовим аспектом реадаптації стає динаміка між переживанням приналежності та почуттям відчуження – екзистенційних станів, що визначають, наскільки ветеран може віднайти місце у цивільному світі, не втрачаючи внутрішньої цілісності.

Приналежність як соціально-психологічна потреба – базова потреба «належати» відома як фундаментальна мотивація. Люди потребують стабільних,

теплих міжособистісних зв'язків, їхня відсутність спричиняє широкий спектр психічних проблем. Для військового належність до підрозділу часто задовольняла цю потребу максимально – група була джерелом захисту, пізнаваності та сенсу. Після звільнення зникає не лише структура, а й механізм задоволення цієї потреби; цивільні групи можуть не відтворювати тієї інтенсивності зв'язків, які були у війську.

Американський соціолог Мелвін Сіман запропонував п'яти компонентну модель відчуження як спектр соціальних станів – безсилля, безсенсовність, відсутність норм, соціальна ізоляція та самовідчуження (Seeman, 1959). У ветеранів кожен з цих компонентів може проявлятися таким чином:

- *Безсилля* – коли ветеран відчуває, що не контролює власне майбутнє (труднощі з працевлаштуванням, бюрократія).
- *Безсенсовність* – коли колишні смисли не працюють і нових не видно.
- *Відсутність норм* – невідповідність між військовими нормами й цивільними правилами.
- *Соціальна ізоляція* – відрив від соціальної мережі підтримки (побратими/колектив).
- *Самовідчуження* – внутрішнє відчуття «я не свій», «я не та людина, якою був».

Це модель – допоміжна рамка, яка дозволяє трактувати відчуження не як єдиний симптом, а як багатовимірний процес, що поєднує індивідуальні та структурні чинники.

Переходи ветерана від відчуття приналежності до переживання відчуження зумовлюються низкою взаємопов'язаних чинників, серед яких найчастіше зустрічаються: нестача соціальної підтримки – як інституційної, так і неформальної; стигматизуючі або, навпаки, надмірно героїзовані наративи медіа, що створюють розрив між реальним досвідом і суспільними очікуваннями; труднощі з інтеграцією бойової ідентичності у цивільні та соціально визнані ролі; а також невирішені моральні конфлікти, які ускладнюють відновлення внутрішньої цілісності.

Соціокультурні наративи, що формують образ ветерана в суспільній свідомості, часто коливаються між двома крайнощами – стигматизацією та ідеалізацією. З одного боку, ветеран може сприйматися як потенційно нестабільний або психологічно вразливий; з іншого – як героїзована постать, що має відповідати підвищеним моральним і поведінковим стандартам. Обидва полюси працюють деструктивно: перший сприяє маргіналізації та дистанціюванню, тоді як другий створює тиск «постійної героїчності» й не реалістичних очікувань. Інформаційне середовище – медіа, соціальні мережі, публічні дискурси – формує соціальну перцепцію, яка впливає на механізми каузальної атрибуції; у результаті суспільне судження ґрунтується переважно на стереотипах, а не на унікальному досвіді конкретної людини, що підсилює ризики ізоляції або викривлення взаємних очікувань.

Інтеграційні механізми трансформують втрату смислу та відчуження в ресурс через переосмислення цих станів як критичних сигналів системи, що вказують на необхідність глибинної перебудови ідентичності або соціальних зв'язків. Замість пригнічення цих переживань, вони використовуються як каталізатори для конструювання нового особистісного наративу, де досвід кризи стає основою для вироблення стійкості, емпатії та автентичності. Цей процес передбачає рефлексію, діалог та включення болючого досвіду в ширший контекст особистісного чи колективного розвитку, перетворюючи розрив на місце зростання, а відчуження – на поштовх для пошуку нових, більш глибоких форм приналежності та призначення.

Узагальнюючи, можна зазначити, що всі перелічені феномени формують складну систему взаємодії між психікою ветерана, його бойовим досвідом та цивільним соціальним середовищем. Вони не є патологією самі по собі – це природні реакції на неприродні обставини. Проте саме їхнє своєчасне усвідомлення та корекція визначають, чи перетвориться бойовий досвід на ресурс, або стане перешкодою на шляху інтеграції.

1.4. Саногенні фактори, що сприяють успішній адаптації

Процес реадаптації ветерана до цивільного середовища неможливо розглядати виключно через призму клінічних або дезадаптивних явищ. Поряд із бар'єрами, що ускладнюють повернення до мирного життя, існують саногенні фактори – внутрішні й зовнішні ресурси, які підтримують психіку особистості, знижують рівень напруги та створюють психологічну основу для конструктивного пристосування. Саногенність у даному контексті розуміється як здатність певних психічних процесів, особистісних якостей і соціальних умов сприяти відновленню, збереженню та розвитку психічного здоров'я ветерана, виконуючи роль природних регуляторів внутрішньої рівноваги.

На відміну від патологічних чинників, які формують симптоматику, саногенні фактори проявляються феноменологічно тонко, а саме: як суб'єктивне відчуття опори, як здатність інтерпретувати події менш загрозливо, як можливість долучитися у соціальні взаємодії без надмірної напруги. Ці фактори визначають індивідуальну траєкторію реадаптації, і, що важливо, вони не є сталими – можуть як посилюватися, так і згасати залежно від контексту, доступної підтримки та внутрішніх динамік особистості.

У літературі, присвяченій проблемам реінтеграції ветеранів, дедалі частіше фігурує поняття «реінтеграційного потенціалу» або «ресурсів адаптації» – тих психологічних, соціальних й інституційних механізмів, які зменшують ризики дезадаптації та сприяють відновленню функціональності, соціального включення та суб'єктивного благополуччя.

Розглянемо основні саногенні чинники, які, за сучасними дослідженнями, мають вирішальне значення для успішної адаптації ветеранів.

Психологічна стійкість ветерана не зводиться до героїзму або здатності переносити труднощі. Її саногенність проявляється у здатності повертати психічну систему до відносної рівноваги, що описується сучасними авторами як механізм «гнучкої резиліентності». На нейропсихологічному рівні ця стійкість пов'язана зі здатністю регулювати рівень фізіологічного збудження, змінювати

когнітивні інтерпретації стресових сигналів та активувати більш зрілі форми контролю поведінки.

Для ветерана, який довгий час перебував у стані підвищеної бойової готовності, саногенна функція стійкості полягає не у «триманні удару», а у здатності перемикати психіку з режиму виживання на режим соціальної взаємодії. Саме це перемикання запускає процеси відновлення емпатії, зниження реактивності, можливість помічати сигнали безпеки, а не лише загрози.

Поняття «психологічна стійкість» (іноді – «резильєнтність») трактується в сучасній психології як внутрішній ресурс людини, що забезпечує здатність протистояти стресорам, адаптуватися до екстремальних умов та зберігати (або відновлювати) психічну цілісність після травматичних подій.

Психологічну стійкість можна розглядати як «потрібну резистентність» психіки – здатність не лише пережити травму, а й «перетворити» її досвід так, щоб мінімізувати негативні наслідки і зберегти функціональність.

Вона виступає не просто як характеристика «вцілілості», а як динамічний процес – здатність до регуляції емоцій, когнітивної гнучкості, адаптивних копінг-стратегій, відновлення після впливу стресу або травми.

У контексті ветеранів, психологічна стійкість – це внутрішній механізм, який дає змогу психіці «перемикатися» з режиму виживання або бойової готовності на режим відновлення, нормального соціального функціонування, відновлення емпатії, здатності до побудови мирних стосунків.

У дослідженнях серед військових співробітників встановлено, що вища резильєнтність статистично пов'язана з кращими показниками психічного здоров'я – меншим рівнем депресії, тривоги та інших негативних емоційних реакцій після стресових подій.

Аналогічно, у ветеранів старшого віку виявлено, що психологічна стійкість корелює з кращою когнітивною функцією навіть при контрольованих демографічних та здоров'я-орієнтованих факторах.

У дослідженнях серед молоді, яка пережила воєнні чи кризові події, високий рівень резильєнтності асоціювався з вищим рівнем якості життя та нижчими симптомами тривоги та депресії.

Таким чином, психологічна стійкість виступає модифікуючим фактором: за умови її наявності, ризик хронізації стрес-реакцій, дезадаптації чи психологічних розладів суттєво знижується.

Робота з концепцією резильєнтності показує, що це не фіксована якість, а пластичний ресурс, який можна підтримувати, відновлювати та розвивати. Значущими механізмами є:

Емоційна гнучкість і саморегуляція – здатність усвідомлювати внутрішні стани, контролювати arousal (збудження), переключати увагу, знижувати реактивність. Це дає змогу психіці не «зависати» в бойових або травматичних механізмах, а адаптуватися до мирних контекстів.

Когнітивна гнучкість та адаптивне мислення – здатність переосмислювати події, реструктуризовувати досвід, перекодувати значущості, будувати нові смисли, що дає можливість ветерану інтегрувати досвід без травматичних рецидивів.

Соціальна підтримка та мережі довіри – родина, побратими, ветеранські спільноти або групи підтримки створюють «безпечний контекст» для відновлення; почуття належності і підтримки зменшує відчуття ізоляції, ізолюючої травми, страхів.

Залучення до смислових і соціальних проєктів – активна діяльність, волонтерство, громадянська або професійна реалізація дають нову ідентичність, нові ролі та підтримують самооцінку, що зменшує ризик відчуття «марності» або «втрати корисності». (Цей механізм часто згадується як частина резильєнтності в професійному та посттравматичному контекстах).

У випадку ветеранів, психологічна стійкість має специфічні риси та завдання:

– Вона допомагає переходити від бойового режиму до мирного – психологічні та фізіологічні механізми, адаптовані для виживання, мають бути «переконфігуровані» під повсякденне життя.

– Дає змогу зберегти когнітивну і функціональну адаптивність – як показано у дослідженнях, висока резильєнтність корелює з кращими когнітивними показниками навіть серед ветеранів старшого віку.

– Сприяє формуванню нових соціальних та психологічних ролей – ветерани з високою стійкістю легше адаптуються до цивільних ролей, знаходять себе у волонтерстві, роботі, спільнотах, що дає відчуття сенсу й належності.

– Зменшує ризик розвитку психопатологічних наслідків – депресій, тривожних розладів, посттравматичних розладів – навіть за умови багатьох стресових подій.

Водночас психологічна стійкість – не гарантія, а потенціал. Без відповідних зовнішніх умов (соціальна підтримка, прийняття, робочі / життєві можливості, стабільність) навіть найстійкіша психіка може бути виснажена.

Крім того, резильєнтність потребує піклування – як і фізична витривалість, її потрібно «тренувати», підтримувати, застосовувати до нових життєвих задач (як описують у сучасних українських публікаціях про витривалість під час війни).

Психологічна стійкість – це фундаментальний саногенний конструкт, без якого не може бути успішної адаптації ветерана до цивільного життя. Вона виступає внутрішнім ресурсом, який дає змогу не лише пережити травму, а перетворити її досвід у трамплін для нормального, осмисленого, соціально-інтегрованого життя.

У процесі реадaptaції ветеранів соціальна підтримка – як на рівні близьких людей, так і через організовані спільноти – відіграє критичну саногенну роль. Поняття «мереж довіри» описує структуру соціальних зв'язків, де ветеран має можливість відчути прийняття, підтримку, розуміння та безпеку, що значно підвищує шанси на успішне повернення до цивільного життя.

Для багатьох ветеранів соціальна підтримка – базовий ресурс адаптації, зменшення ізоляції та відчуження, який після завершення служби чи участі у бойових діях зникає колишній колектив, структура, спільні ритуали – і це породжує відчуття ізоляції. Соціальні мережі підтримки, групи однодумців або ветеранські організації відновлюють почуття належності та приналежності. Досвід показує, що саме підтримка з боку сім'ї, друзів або неармійських колег – критична для зниження ризику депресії, тривоги чи посттравматичних реакцій.

Розглядаючи соціальну підтримку в контексті емоційної та психологічної стабілізації – це не лише матеріальна або практична допомога, а передусім «соціально-психологічний буфер»: можливість поділитися переживаннями, отримати розуміння, бути почутим. Наприклад, у практиці «центрів ветеранського розвитку» демонструється, що групові терапії, індивідуальні консультації, волонтерська діяльність і спільні проєкти допомагають ветеранам адаптуватися, зменшувати напругу, відновлювати соціальну активність.

Підтримка під час переходу – від військової до цивільної ідентичності, втрачена роль «солдата», чітка військова ієрархія, зрозуміла система взаємин – все це часто заміщується невизначеністю. Соціальні мережі, де є розуміння, досвід побратимів чи людей з подібною історією, створюють «місток» між старою і новою реальністю; вони надають можливість зберегти частину колишньої ідентичності у безпечному просторі, паралельно виходячи в цивільне життя. У зарубіжній практиці «peer-support» (підтримка однолітків/колег) визнається одним із найефективніших засобів реінтеграції (Crocker et al., 2024).

Фасилітація соціальної та професійної реінтеграції – «соціальні мости», через мережі довіри ветерани можуть отримати доступ до інформації, можливостей працевлаштування, соціальних проєктів, громадської діяльності. Наприклад, соціальні послуги, які передбачають супровід ветеранів на етапах звільнення та працевлаштування, допомагають знизити невизначеність, посилити відчуття підтримки та приналежності до суспільства.

Ресурс для психологічної реабілітації та попередження психічних розладів серед військових показують, що соціальна підтримка, особливо з боку сім'ї або цивільних друзів, корелює з кращим психічним здоров'ям, меншим ризиком депресії, тривожності, посттравматичних реакцій після повернення з бойових дій.

Стабілізація через довготривалі, довірливі зв'язки, «мережі довіри» – це не разові контакти, а сталі групи (ветеранські організації, громадські ініціативи, спільноти) або сімейні / дружні зв'язки, які забезпечують тривалу підтримку, можливість обміну досвідом, взаємодопомогу, спільні ініціативи. Саме такі сталі зв'язки створюють основу для сталого саногенезу, відновлення соціальної адаптації, зменшення почуття ізоляції або маргіналізації.

Автори О. Кравченко, О. Балдинюк & В. Квашук (2025) в дослідження щодо соціально-психологічної підтримки у центрах ветеранського розвитку, описують, як на базі університетів і громадських закладів створюються спеціальні центри, де ветерани мають доступ до психологічної, групової, освітньої, соціальної підтримки, волонтерства, навчання – що дає змогу побудувати нову соціальну ідентичність і зменшити ризики дезадаптації.

Важливо зауважити, що соціальна підтримка повинна бути системною і тривалою – епізодичні акції або поодинокі звернення навряд чи забезпечать стабільну адаптацію. Треба дбати й про якість підтримки, яка має ґрунтуватися на довірі, розумінні, готовності до прийняття – без стигми і ярликів. Якщо мережа підтримки сприймає ветерана через стереотипи (герой, чи, навпаки, «небезпечний»), ефективність впливу знижується. Необхідна інтеграція соціальної, психологічної, правової, матеріальної підтримки – лише так мережі довіри можуть стати повноцінним ресурсом, а не формальністю чи символічним жестом.

Соціальна підтримка і сформовані «мережі довіри» – це не другорядний, а фундаментальний саногенний ресурс для ветеранів. Вони не лише знижують ризики психологічних розладів, соціальної ізоляції та маргіналізації, але й дають можливість реконструювати ідентичність, віднайти соціальну роль, побудувати

нове життя. У реалізації програм реабілітації найефективнішими є ті, які враховують не лише клінічну допомогу, а й соціальну, інституційну, громадську підтримку, долучають ветеранів до спільнот, дають змогу бути корисними та відчувати себе потрібними.

Соціальна підтримка ветеранів не є однорідним феноменом. Вона складається із мереж побратимства, сімейних зв'язків та ширшої спільноти, які виконують різні функції. Їх саногенна природа проявляється у тому, що вони:

- забезпечують відчуття належності – фундаментальне після втрати військової ідентичності;
- виконують роль «емоційного контейнера», до якого можливо винести фрустрацію й непевність без ризику стигматизації;
- створюють перехідний простір між військовою і цивільною культурою, де ветеран може поступово адаптувати поведінкові моделі та відновлювати саморегуляцію.

Цінність підтримки побратимів особлива, а саме їх феноменологічний досвід резонує зі станом ветерана, але на відміну від неконтрольованого трансферу, вони здатні створити атмосферу безумовного прийняття. Це знижує напругу, деактивує автоматизовані бойові реакції та відновлює здатність до соціального довір'я. Саногенність такого опрацювання пережитого полягає в тому, що суб'єкт має внутрішній орієнтир, який дозволяє вбудовувати окремі фрагменти досвіду в цілісну біографічну структуру, усвідомити сенс та провести когнітивна інтеграцію бойового досвіду. Ветеран, який знайшов можливість інтегрувати пережите в систему власних цінностей, менше схильний до дисоціації та внутрішніх конфліктів.

Когнітивна інтеграція бойового досвіду не означає забуття або нейтралізацію афекту; навпаки, вона формує можливість осмислено розмежувати минуле й теперішнє, не розчиняючи одне в одному. Це знижує реактивність, дає відчуття безперервності власного «Я» та створює базу для формування нової ідентичності – цивільної, але з досвідом, який не відкидається, а переосмислюється.

Цінності у бойових умовах набувають граничної чіткості; у цивільному житті вони часто розмиваються, що створює фрустрацію для ветерана. Саногенна функція ціннісної системи полягає у можливості для ветерана зберегти внутрішній моральний стрижень; опрацьовувати зовнішні ситуації у відповідності з власними пріоритетами, а не через хаотичні емоційні реакції; переживати соціальну невизначеність як менш загрозливу.

У військовому середовищі цінності – це не лише етичні орієнтири, а регулятори поведінки та психологічні маяки, які допомагають вирішувати складні моральні дилеми в екстремальних умовах (зіткнення з небезпекою, життєвою загрозою, необхідністю ухвалювати рішення, що можуть суперечити звичним мирним нормам).

Коли ветеран повертається до цивільного життя, він природно очікує, що нутрощі соціокультурного простору будуть узгоджувані з тими моральними імперативами, які сформувалися «там», у бойових умовах. Однак цивільна ціннісна система має свою динаміку, контекстуальні правила та норми, і це призводить до конфлікту між старими і новими моральними координатами.

У ветеранів бойовий досвід часто призводить до переоцінки цінностей, оскільки вони безпосередньо стикаються зі смертю, моральними ризиками, небезпекою та завданнями, які виводять їх за межі звичних життєвих сценаріїв. Це може викликати переосмислення визначень «честь», «справедливість», «життя» та «борг» і навіть призвести до розриву між ціннісними установками «до» та «після» служби. Такі ціннісні зміни мають суттєвий вплив на здатність адаптуватися до мирного середовища, оскільки ветерани можуть відчувати, що цивільні норми не відповідають їхньому моральному досвіду і переконанням.

Попри те, що зміни ціннісної системи можуть бути джерелом внутрішнього конфлікту, саме цінності здатні виступати саногенними чинниками, що сприяють адаптації. У рамках концепції посттравматичного зростання ветерани, які знаходять способи переглянути свої життєві цінності та трансформувати їх у мирних діях (наприклад, через волонтерську діяльність,

підтримку інших ветеранів, участь у громадських ініціативах), демонструють вищий рівень психологічного благополуччя і соціальної інтеграції.

Стабільна ціннісна рамка дозволяє підтримувати ідентичність, навіть у випадку втрати ролей, і дає можливість поступово побудувати нові соціальні функції, не відчуючи екзистенційної порожнечі.

Під час служби емоційні процеси часто «заморожуються» – це не патологія, а адаптивний механізм. У цивільному середовищі відновлення емоційної чутливості стає одним із ключових саногенних факторів. Розвинений емоційний інтелект дозволяє: краще орієнтуватися у намірах та емоціях цивільних; уникати конфліктів, що виникають через хибну інтерпретацію соціальних сигналів; підтримувати близькі стосунки, які є психологічним буфером у перехідний період.

Емоційний інтелект виконує важливу саногенну функцію, оскільки сприяє розвитку психологічної стійкості (резильєнтності) – здатності особистості адаптуватися до стресових викликів, уникати деструктивних реакцій і зберігати функціональність у ситуаціях невизначеності. Теоретичний аналіз показує, що розвиток емоційного інтелекту дозволяє особистості більш ефективно регулювати емоції, знижувати рівень тривоги та психічного навантаження, підтримувати позитивну самооцінку, що в цілому підвищує здатність долати стресові обставини. У контексті реадаптації ветеранів робота над емоційним інтелектом має кілька практичних аспектів:

- Підвищення усвідомлення власних емоційних реакцій – що дозволяє ветеранам розпізнавати тригери стресу та уникати автоматичних реакцій (агресія, замкненість, уникнення) у цивільних контекстах.

- Розвиток емпатії – допомагає покращити міжособистісні взаємодії в сім'ї, громаді та на роботі, що сприяє включенню у соціальні ролі після служби.

- Регуляція емоційних станів – навички саморегуляції знижують ризик хронізації тривоги, роздратованості чи депресивних реакцій, що є критичними чинниками для психосоціального благополуччя.

- Покращення комунікації – емоційний інтелект сприяє адаптивному невербальному та вербальному спілкуванню, що вкрай важливо в цивільному житті, де соціальні сигнали є менш чіткими, ніж у військовому середовищі.

Емоційний інтелект – це не лише характеристика особистості, а саногенний ресурс, що може бути відновлений і розвинений упродовж життя, навіть після тривалого перебування у стресогенних умовах бойових дій. Його формування та підтримка сприяють не лише зниженню ризику психологічної дезадаптації, а й побудові нових конструктивних способів взаємодії з власними емоціями та соціальним середовищем, що є критичним для успішної інтеграції ветеранів у цивільне життя.

У процесі реадaptaції ветерана важливу саногенну роль відіграють саме структура повсякденності й відчуття передбачуваності соціального й побутового середовища. Ці чинники не є поверхневими «зручностями» – вони прямо впливають на нейрофізіологічні механізми регуляції стресу, на когнітивну обробку подій і на здатність особистості переключатися з «режиму виживання» на режим продуктивної соціальної взаємодії. Теоретичною опорою для розуміння цього явища є класична робота про роль передбачуваності у стрес-реагуванні, яка виділяє різні види предиктивної інформації (контингентна передбачуваність, інформація про характер події) як ключові модифікатори стресу.

Хоча цивільні ролі менш регламентовані, ніж військові, створення власних структур – побутових, робочих, соціальних – виявляється саногенним. Чіткий розпорядок дня, прогнозованість взаємодій, визначеність цілей – це компенсатори тієї невизначеності, що спочатку лякає ветерана. Структура не лише впорядковує поведінку, але й знижує рівень внутрішнього шуму, дозволяючи нервовій системі вийти з режиму постійної бойової готовності.

Професійна реалізація та змістовна активність як саногенні чинники адаптації ветеранів – це не лише працевлаштування, а повернення до активної професійної діяльності, що має смислову складову та відповідає внутрішнім цінностям особистості. У контексті ветеранів це означає здатність перевести

бойовий досвід у продуктивну, соціально значущу діяльність, що формує не лише економічну стабільність, а й суб'єктивне відчуття корисності, самоповаги та факторів особистісного благополуччя.

Професійна реалізація є ключовим елементом соціальної адаптації ветеранів до цивільного життя. Українські програми професійної адаптації включають підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації, отримання нової спеціальності або продовження освіти, які забезпечують знання, уміння та навички, необхідні для участі на ринку праці. Такий підхід передбачає не лише навчання, а й об'єднання компетентнісних кар'єрних траєкторій із цивільними професійними стандартами, що сприяє не лише працевлаштуванню, а й довготривалій адаптації.

Державні програми в Україні передбачають забезпечення таких можливостей у межах законодавчого поля соціального та правового захисту ветеранів, що формально визнає професійну адаптацію як невід'ємну частину довготривалого процесу реінтеграції. Професійна реалізація має прямий вплив на такі психологічні показники:

- зниження рівня депресивних симптомів і тривоги;
- підвищення самооцінки та відчуття контролю над життям;
- розширення соціальних зв'язків та підтримки.

Ці ефекти значно підсилюються, коли професійна діяльність є змістовною, соціально значущою та підтриманою зі сторони колективу чи спільноти. Професійна реалізація і змістовна активність – це не просто питання економічної участі, а важливі саногенні чинники, що сприяють психологічній стабілізації, соціальній інтеграції та особистісному росту ветеранів. Саме поєднання професійної підготовки, реального працевлаштування та діяльності, що відповідає цінностям ветерана, забезпечує не лише економічну, а й психосоціальну адаптацію після служби.

Отже, саногенні фактори не усувають труднощів адаптації, але створюють внутрішню амортизаційну систему, а саме: пом'якшує наслідки реактивності; підтримує соціальну включеність; сприяє формуванню нової

ідентичності; дозволяє трансформувати військовий досвід у ресурс, а не у джерело ізоляції.

Успішна адаптація не є поверненням до попередньої цивільної ролі – вона є новим синтезом, результатом взаємодії досвіду війни та вимог цивільного життя. Саме саногенні фактори визначають, чи стане ця взаємодія точкою внутрішнього росту, чи залишиться джерелом нескінченної напруги.

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз процесу адаптації та реадaptaції ветеранів до цивільного життя як складного, багатовимірного та поетапного психосоціального явища. Показано, що повернення з військової служби, особливо за умов участі в бойових діях, не може розглядатися як просте «відновлення» попереднього цивільного функціонування, оскільки бойовий досвід і сама структура військового середовища спричиняють стійкі психологічні зміни в системі особистості.

Уточнено поняття психологічної адаптації як двостороннього процесу взаємодії індивіда та середовища, а також обґрунтовано доцільність використання терміну «реадaptaція» щодо ветеранів, які повертаються до цивільного суспільства. Військова служба формує специфічні умовно-рефлекторні та ціннісні структури, що є адаптивними в умовах бойових дій, однак часто виявляються неадекватними цивільному соціальному контексту. Саме ця невідповідність лежить в основі кризи звільнення та труднощів реінтеграції.

Розкрито роль змін емоційно-вольової сфери, зниження емпатії та саморефлексії, трансформації системи потреб і цінностей, а також вплив феноменології бойового досвіду на міжособистісну взаємодію ветерана з цивільним оточенням. Показано, що військова ідентичність, побудована на чітких ролях, ієрархії та ритуалах, вступає в конфлікт із розмитими, емоційно

забарвленими ролями цивільного життя, що провокує напругу, відчуття відчуження та втрату почуття приналежності.

У розділі обґрунтовано, що процес реадaptaції має кризовий характер і проходить через низку критичних періодів, кожен з яких характеризується специфічними психологічними ризиками та ресурсами. Центральним показником успішного завершення реадaptaції визначено формування нової цивільної ідентичності, яка інтегрує попередній військовий досвід, а не витісняє його. Наголошено, що підтримка родини, побратимів, ветеранських організацій, а також наявність ритуалів переходу суттєво знижують болісність кризових явищ.

Проаналізовано патогенні фактори, що ускладнюють адаптацію ветеранів, зокрема дезадаптаційні реакції, флешбеки, тривожні та депресивні стани, алкоголізацію, втрату побратимів і кризу сенсу. Водночас підкреслено, що ці прояви не є патологією самі по собі, а виступають природними реакціями психіки на екстремальний досвід, які за відсутності належної підтримки можуть набувати стійкого дезадаптивного характеру.

Таким чином, результати теоретичного аналізу дозволяють стверджувати, що ефективна реадaptaція ветеранів можлива лише за умови поєднання індивідуальної психологічної роботи, соціальної підтримки та створення сприятливих умов для інтеграції військового досвіду у цивільне життя. Отримані положення становлять теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та розробки практичних моделей психологічної допомоги ветеранам.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

В розділі приділена увага старифікації вибірки досліджуваних, для формалізації та виокремленні факторів котрі можуть вплинути на чистоту експерименту. Послідовно подано дизайн експерименту, для його аналізу та критики рецензентами, підбрано та обґрунтовано психодіагностичний матеріал, який ми будемо використовувати під час проведення дослідження.

2.1. Основні характеристики вибірки досліджуваних

В дослідженні взяло участь 63 особи, що є діючими військовослужбовцями або звільненими в запас через ті чи інші причини вибірка стратифікована за такими параметрами: стать, вік, сімейний стан, термін служби, участь в бойових діях, поточне відношення до військової служби, причини звільнення, наявність інвалідності, наявність роботи, членство у ветеранських організаціях. Всі респонденти обрані відповідно до предмета дослідження магістерської роботи тобто вибірка є цільовою.

Викладений матеріал в попередньому розділі дозволяє зробити висновок, що особистості потрібна «підтримка» в цивільному житті, щоб не будувати його з нуля. Такою підтримкою в емпіричному вимірі ми виділили наявність, роботи, сім'ї, дітей, членство у ветеранських організаціях. Але формальна виділена ознака через призму феноменологічного підходу стає підтримкою тільки тоді, коли в індивіда сформовано стале позитивне відношення до неї. Обґрунтуємо вище наведені соціально-демографічні параметри вибірки, як психічний фактор, що може давати похибку, або підтримує вищезгаданий теоретичний конструкт.

Стать – характеристика яка в емпіричному вимірі можна передати за номінальною шкалою, психологічні особливості статей описані в гендерній психології. Специфіка каузальної атрибуції чоловіків та жінок

військовослужбовців визначена в колективній монографії (Повернення, 2024); специфіка проходження служби жінками та чоловіками є предметом права та військової психології. Представлені в сучасній науковій літературі дослідження дають підстави вважати стать важливою характеристикою для стратифікування вибірки досліджуваних (Заїка & Алієв, 2018).

Вік є міждисциплінарним поняття з одного боку вік визначає біологічні можливості організму переносити фізичні та психологічні навантаження пов'язана з військової служби, також будувати прогноз стосовно психологічних адаптаційних процесів під час реінтеграції військового. З психологічних характеристик віку є встановлені вікові завдання, соціальна ситуація розвитку особистості, протиріччя віку, які створюють кризові явища як нормативного плану приклад перебудова стосунків дитини підліткового віку так за аналогією і впливають на проходження не нормативних криз за нашим припущенням стосунки людина-суспільство легше перебудувати у віці 30-40 років ніж в 60-70. Виходячи з цього ми включили вік як біологічний, соціальний, та психологічний фактор, що прямо впливає на результати емпіричного дослідження.

Сімейний стан первинний етап реінтеграції відбувається у сім'ї військовослужбовця, це не тільки повернення до ролі чоловіка, батька, дружини, це перегляд та переоцінка рольової поведінки з урахуванням досвіду служби в армії, або досвіду участі в бойових діях. Тобто чи приймає сім'я зміни свого члена, і чи приймає військовослужбовець знову свою сімейну роль. Нажаль в реальності ми маємо високу статистику розлучень, яка на нашу думку пов'язана з розривом сімейних стосунків, не можливість перебудувати відносини, а бажання повернутися до старих. Як ми наголошували раніше сім'я через призму феноменологіє є або потужним санногеним фактором підтримки, та реабілітації навіть маючи значні поранення, або патогенним фактором який в крайніх випадках призводить до самогубств військових. Розкриття всіх механізмів впливу з позиції теорії систем було б окремою роботою, тут виділяємо, як фактор, що має вплив.

Наявність дітей, теплі батьківсько-дитячі стосунки є запорукою успішної реінтеграції військового в цивільне суспільство. У шпиталі, в лікарні передають дитячі малюнки та подарунки з подякою від дітей, що є мотивуючим фактором для одужання військових. Фізіологічною основою є емоційний лейкоцитоз, психологічної відчуття сенсу власного життя та цінності власної жертви. ВООЗ сприймає здоров'я, як багатовимірну соціо-психо-біологічну модель, де кожний фактор є важливим. Продовження роду є як важливою біологічною функцією, виховання дітей та взяття на себе відповідальності за їх благополуччя потужним змістовим фактором реінтеграції. Але на жаль є винятки, де є лише формальна наявність без реальною участі, тобто знову ми зіштовхуємося з феноменологіє ставлень та сенсів.

Термін служби, як період закінчення військової служби є кризовим періодом так і початок військової служби пов'язаний з явищем психологічної адаптації до нових умов. Тривали термін служби та участь в бойових діях є перед умовою для нервово-психічного виснаження та наявності дезадаптивних психологічних змін в емоційно-вольовій сфері військовослужбовця.

Вплив *участі в бойових діях* та бойового стресу на психіку відображено у працях О. Блінова, Ч. Гогута, Д. Гроссмана, Г. Вошколупа та інших. Ними виділено поняття бойовий стрес, розкриті механізми перебудови гуморальної системи організму при пролонгованому впливу бойового стресу. Так, О. Кокун та А. Чернов описують специфіку сучасного військового конфлікту, та вплив бойового стресу на мобілізований особовий склад. У нашій вибірці цей параметри виділяється, як не в руслі патогенезу ПТСР та стрес асоційовані розлади, а в руслі феномен генезу, як відчуття дистанції від цивільних осіб, кристалізація цінностей, відчуття військового братерства. Ці почуття можуть прямо впливати на процес реінтеграції військового до цивільного суспільства. Тобто участь в бойових не завжди призводить до виникнення стрес асоційованих розладів, але завжди пов'язана зі зміною ставлення до життя.

Параметр *поточний статус* фіксує статус особи – чи є він діючим військовослужбовцем. З психологічної точки зору це означає активну роботу

захисних механізмів, існування особистості в структурованому військовому фреймі, відкладений процес реадаптації. Ветеран вже переходить у цивільний фрейм, змінює роль, вчиться реагувати на неоднозначні стимули цивільного середовища, тобто знаходиться на шляху реінтеграції.

Причина звільнення з військової служби – цей параметр дозволяє з'ясувати обтяжуючі фактори наприклад поранення, хвороба, або спланованість та поступовість переходу від ролі військового до ролі цивільного це звільнення з причин досягнення граничного віку, закінчення контракту. Тобто цим непередбачувани та трагічній обставини звільнення тим більша вірогідність дезадаптації та потреба опори в цивільному житті.

Наявність інвалідності – параметр, що опосередковано впливає на процес реінтеграції людини в цивільне суспільство. Підґрунтям включення цього параметра є визначення поняття «здоров'я» як стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутності хвороби чи фізичних дефектів. Це цілісне поняття, яке включає в себе здатність організму функціонувати належним чином і адаптуватися до умов навколишнього середовища. Тобто з визначення випливає, що поняття здоров'я є мультидисциплінарним і кожен параметр взаємозалежний між собою, з чого випливає залежність між соматичним і психічним станом.

Наявність роботи є критерієм успішної реінтеграції ветерана в цивільну спільноту через розширення соціальних зв'язків, широку взаємодію як з цивільними особами та організаціями, так і підтримання зв'язків з ветеранськими та волонтерськими організаціями. Тобто наявність або відсутність зв'язку – це простий зрозумілий вимірювальний параметр, що дозволяє стверджувати, що ветеран шукає своє місце серед цивільних, прагне підтримувати потребу в самореалізації та ідентичності. На противагу цього, клінічною ознакою порушення емоційно-вольової сфери є усамітнення, ізоляція, дистанціювання від суспільства взагалі. Ми свідомі того, що вище описані параметри можуть мати виключення, але досвід показує, що більш менш релевантне узагальнення виглядає саме так.

Членство у ветеранських організаціях – цей параметр виділений нами, з позиції того, що військовий прагне приймати активну участь у розбудові та формуванні ветеранської політики, з психологічної точки зору військова ідентичність залишається цінною для нього участь у ветеранській організації допомагає її підтримати та відчувати належність до військового братерства.

Соціально-демографічні та військово-професійні характеристики вибірки відображено у таблиці 2.1.1.

Таблиця 2.1.1.

Соціально-демографічні та військово-професійні характеристики вибірки

Показник	Ознака	Кількість осіб
Стать	Чоловіки	49
	Жінки	14
Вік	До 25 років	2
	26–35 років	10
	36–45 років	24
	46–55 років	22
	Понад 55 років	5
Сімейний стан	Одружений(а)	36
	У цивільному шлюбі	7
	Розлучений(а)	8
	Неодружений(а)	12
Наявність дітей	Не має дітей	14
	Одна дитина	17
	Двоє дітей	25
	Троє дітей	4
	Більше трьох дітей	2
Термін служби	1–6 місяців	2
	6–12 місяців	3
	1–5 років	35
	Понад 6 років	9
Участь у бойових діях	Так	52
	Ні	11
Поточний статус	Звільнений зі служби	28
	У запасі / резерві	6

	Діючий військовослужбовець	29
Причина звільнення	Поранення / стан здоров'я	21
	Догляд за родичом	6
	Догляд за дитиною	2
	По віку	3
	Загибель близького	1
	Сімейні обставини	1
	Декрет	1
	Закінчення контракту	1
Наявність інвалідності	Так	25
	Ні	38
Наявність роботи	Мають роботу	35
	Не мають роботи	28
Членство у ветеранських організаціях	Так	12
	Ні	51
	Всього	63

Проведений аналіз соціально-демографічних та військово-професійних характеристик вибірки дозволяє зробити низку узагальнених висновків, важливих для інтерпретації результатів емпіричного дослідження. Вибірка є цільовою та репрезентує осіб, для яких проблема психологічної адаптації та реінтеграції у цивільне життя є актуальною як у зв'язку з безпосередньою участю у бойових діях, так і з фактом зміни або втрати військової ролі.

Більшість досліджуваних становлять чоловіки середнього та зрілого віку (36–55 років), що перебувають на етапі активної соціальної реалізації та несуть значну відповідальність за сім'ю і професійну діяльність. Це дозволяє розглядати реінтеграцію не лише як індивідуальний психологічний процес, а як комплексне явище, що зачіпає сімейну систему, трудову сферу та ширші соціальні зв'язки. Значна частка одружених респондентів і осіб, які мають дітей, підтверджує провідну роль сім'ї як потенційного ресурсу підтримки, водночас не виключаючи її можливого патогенного впливу за умови порушення рольової взаємодії та неприйняття змін, зумовлених військовим досвідом.

Домінування осіб з досвідом участі у бойових діях та відносно тривалим терміном служби вказує на високий рівень впливу бойового стресу та хронічного психоемоційного напруження. При цьому участь у бойових діях у межах даного дослідження розглядається не лише як фактор ризику розвитку дезадаптації, а й як чинник трансформації цінностей, ідентичності та ставлення до цивільного середовища. Наявність значної частки звільнених зі служби за станом здоров'я та осіб з інвалідністю підкреслює важливість урахування соматичного стану як складової цілісного поняття здоров'я та його взаємозв'язку з психологічним благополуччям.

Показники зайнятості та членства у ветеранських організаціях свідчать про неоднорідність процесів соціальної інтеграції: для частини респондентів характерне активне включення у цивільне та ветеранське середовище, тоді як інша частина демонструє ознаки соціальної дистанції. У цілому отримані характеристики вибірки створюють необхідне підґрунтя для подальшого аналізу феномену психологічної підтримки як суб'єктивно переживаного ресурсу, що може як сприяти успішній реінтеграції військовослужбовців, так і бути джерелом додаткових ризиків у разі його відсутності або негативного осмислення.

2.2. Дизайн емпіричного дослідження

За типом це є локальний зріз цільової вибірки військовослужбовців, що були звільнені в запас або залишаються на військовій службі. Стратифікація вибірки була забезпечена анкетуванням для виявлення соціально-демографічних даних, що можуть прямо вплинути на результати отриманих досліджень.

Опитування проводилося за допомогою гугл форм, за бажанням респондент міг не вказувати своє прізвище ім'я, по-батькові.

Методологічно дослідження було структуроване за кластерним принципом, тобто розподілене на окремі аналітичні зони. *Перший кластер* – «внутрішнє благополуччя» – оцінювався за допомогою стандартизованих

психодіагностичних методик, зокрема шкали депресії А. Бека та шкали впливу травматичних подій (ШВТП). Відповідно до операційної гіпотези дослідження, отримані результати умовно співвідносилися в межах інтервальної шкали, де нижчі числові значення, які якісно інтерпретуються як відсутність депресивної симптоматики та мінімальний вплив травматичних подій, розглядалися як сприятливий прогностичний показник реадаптації ветеранів до цивільного соціального середовища. Субклінічні показники за зазначеними шкалами інтерпретувалися як зона підвищеного психологічного ризику, що потребує психологічних інтервенцій, однак за умови наявності саногенних чинників, проаналізованих у другому кластері дослідження, можливість успішної адаптації до цивільного життя зберігається. Водночас клінічно виражені стани, зафіксовані за шкалою депресії А. Бека у поєднанні з високим рівнем впливу травматичних подій, розцінювалися як загрозові для процесу реінтеграції та такі, що потребують втручання лікаря-психіатра. В межах даного дослідження ми вважаємо, що без досягнення стабільного стану емоційно-вольової сфери особистості повноцінна реінтеграція ветерана в цивільне життя дуже ускладнена, або навіть неможлива.

Другий кластер дослідження, умовно позначений як «суб'єктивне ставлення військовослужбовця до середовища», оцінювався за допомогою опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я з якості життя (WHOQOL). На підставі отриманих результатів виокремлювалися показники задоволеності або незадоволеності окремими сферами життя, які інтерпретувалися відповідно як підтримувальні або дезадаптаційні чинники процесу реінтеграції.

Таким чином, методологічна логіка дослідження ґрунтувалася на дихотомії «особистість – середовище», операціоналізований через діагностичні параметри психометричних інструментів. Взаємозв'язок між показниками внутрішнього благополуччя, суб'єктивною оцінкою сфер життя та рівнем впливу травматичних подій перевірявся із застосуванням кореляційного та регресійного аналізу, що дало змогу за допомогою математико-статистичного апарату

підтвердити або спростувати висунуту гіпотезу. Теоретичним підґрунтям дослідницького дизайну слугувала формула К. Левіна $V = f(P, E)$, відповідно до якої поведінка розглядається як функція взаємодії особистісних характеристик та параметрів середовища.

У цілому дослідження має характер описово-аналітичного аналізу актуального стану процесу реінтеграції ветеранів у цивільне середовище, формалізованого за допомогою стандартизованих шкал вимірювання та методів математичної статистики. Оскільки дизайн дослідження не передбачав цілеспрямованого експериментального впливу, зокрема застосування психотерапевтичних інтервенцій (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії), його фокус було зосереджено на вивченні процесу природної реінтеграції ветеранів у цивільне життя за умови наявності або відсутності підтримувальних чинників зовнішнього середовища.

Емпіричними змінними, вимірюваними в межах дослідження, є рівень депресивної симптоматики (шкала депресії А. Бека), інтенсивність переживання травматичних подій (ШВТП) та показники задоволеності окремими сферами життя (опитувальник ВООЗ з якості життя). Зазначені параметри розглядалися в контексті індивідуального життєвого досвіду кожного респондента, попередньо описаного за допомогою авторської анкети. Таким чином, дослідження не ґрунтується на абстрактній моделі «узагальненого ветерана», що є доцільним переважно для великих вибірок, а передбачає контекстуалізований аналіз психологічних показників шляхом стислої стандартизації життєвої ситуації досліджуваних.

2.3. Методика ВООЗ для оцінки якості життя

Схарактеризуємо «Короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя» (WHOQOL-BREF).

Автори методики. Група з якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (*WHOQOL Group, World Health Organization*).

Мета методики. Методика WHOQOL-BREF призначена для комплексної оцінки суб'єктивної якості життя особистості у контексті її культури, системи цінностей, життєвих цілей, очікувань і стандартів. Опитувальник дозволяє визначити рівень задоволеності основними сферами життя, а також суб'єктивне сприйняття власного фізичного, психологічного та соціального функціонування.

WHOQOL-BREF є скороченою версією повної методики WHOQOL-100 і використовується для скринінгової оцінки якості життя у клінічних, соціально-психологічних та науково-дослідних цілях, зокрема при вивченні процесів адаптації, реадaptaції та соціальної інтеграції осіб з досвідом стресових або травматичних подій.

Інструкція досліджуваному

Будь ласка, виберіть відповідь, яка здається Вам найбільш підходящою. Якщо ви не впевнені, як відповісти на питання, перша відповідь, яка прийде Вам в голову, часто буває найкращою. Ми запитуємо про те, яким Ви вважаєте своє життя протягом *останніх 4 тижнів*.

Стимульний матеріал

1.	Як Ви оцінюєте якість Вашого життя?	Дуже погано	Погано	Не погано, і не добре	Добре	Дуже добре
		1	2	3	4	5
2.	Наскільки Ви задоволені станом свого здоров'я?	Дуже не задоволений	Не задоволений	Ні те, ні інше	Задоволений	Дуже задоволений
		1	2	3	4	5

У відповідях на наступні питання вкажіть, в якій мірі Ви відчували певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

		Зовсім ні	Трохи	Помірно	Достатньо	Надмірно
3.	На Вашу думку, якою мірою фізичні болі заважають Вам виконувати свої обов'язки?	5	4	3	2	1
4.	Якою мірою Ви потребуєте якоїсь медичної допомоги для нормального	5	4	3	2	1

	функціонування у своєму повсякденному житті?					
5.	Наскільки Ви задоволені своїм життям?	1	2	3	4	5
6.	Наскільки, на Вашу думку, Ваше життя наповнена змістом?	1	2	3	4	5
7.	Наскільки добре Ви можете концентрувати увагу?	1	2	3	4	5
8.	Наскільки безпечно Ви відчуваєте себе в повсякденному житті?	1	2	3	4	5
9.	Наскільки здорової є фізичне середовище навколо Вас?	1	2	3	4	5

У наступних питаннях йдеться про те, наскільки повно Ви відчували або були в змозі виконувати певні функції протягом останніх чотирьох тижнів.

		Зовсім ні	Трохи	Помірно	В основному	Повністю
10.	Чи достатньо у Вас енергії для повсякденного життя?	1	2	3	4	5
11.	Чи здатні Ви змиритися зі своїм зовнішнім виглядом?	1	2	3	4	5
12.	Чи достатньо у Вас грошей для задоволення Ваших потреб?	1	2	3	4	5
13.	Наскільки доступна для Вас інформація, яка необхідна у Вашому повсякденному житті?	1	2	3	4	5
14.	Якою мірою у Вас є можливості для відпочинку і розваг?	1	2	3	4	5

		Дуже погано	Погано	Ні погано, ні добре	Добре	Дуже добре
15.	Наскільки легко Ви можете дістатися до потрібних Вам місць?	1	2	3	4	5

		Зовсім не задоволений	Не задоволений	Ні те, ні інше	Задоволений	Дуже задоволений
16.	Наскільки Ви задоволені своїм сном?	1	2	3	4	5
17.	Наскільки Ви задоволені здатністю виконувати свої повсякденні обов'язки?	1	2	3	4	5
18.	Наскільки Ви задоволені своєю працездатністю?	1	2	3	4	5
19.	Наскільки Ви задоволені собою?	1	2	3	4	5
20.	Наскільки Ви задоволені особистими взаємовідносинами?	1	2	3	4	5
21.	Наскільки Ви задоволені своєю сексуальним життям?	1	2	3	4	5
22.	Наскільки Ви задоволені підтримкою, яку Ви отримуєте від своїх друзів?	1	2	3	4	5
23.	Наскільки Ви задоволені умовами в місці Вашого проживання?	1	2	3	4	5
24.	Наскільки Ви задоволені доступністю медичного обслуговування для Вас?	1	2	3	4	5
25.	Наскільки Ви задоволені	1	2	3	4	5

	транспорт, яким Ви користуєтеся?					
--	----------------------------------	--	--	--	--	--

Наступні питання стосуються того, наскільки часто Ви відчували або переживали певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

		Ніколи	Рідко	Досить часто	Дуже часто	Завжди
26.	Як часто у Вас бувають негативні переживання, наприклад поганий настрій, відчай, тривога, депресія?	5	4	3	2	1

Як бачимо, опитувальник охоплює чотири основні сфери якості життя:

- фізичне здоров'я;
- психологічне благополуччя;
- соціальні взаємини;
- умови навколишнього середовища.

Ключ до методики WHOQOL-BREF

Загальні положення

Оцінювання здійснюється за

2 загальними питаннями (загальна якість життя і задоволеність здоров'ям);

4 доменами якості життя.

Реверсивні пункти

Для коректного підрахунку балів необхідно інвертувати (реверсувати) такі пункти:

Питання 3 – фізичний біль

Питання 4 – потреба в медичній допомозі

Питання 26 – негативні переживання

Реверсування проводиться за формулою: новий бал = 6 – отриманий бал

Структура доменів

1. Фізичне здоров'я

Включає питання: 3 (реверс); 4 (реверс); 10; 15; 16; 17; 18

Характеризує:

- рівень енергії;
- біль і дискомфорт;
- сон і відпочинок;
- працездатність;
- повсякденну активність.

2. Психологічне благополуччя

Включає питання: 5; 6; 7; 11; 19; 26 (реверс)

Характеризує:

- життєвий зміст;
- самооцінку;
- концентрацію уваги;
- емоційний стан;
- наявність негативних переживань.

3. Соціальні взаємини

Включає питання: 20; 21; 22

Характеризує:

- якість міжособистісних контактів;
- соціальну підтримку;
- задоволеність особистими та інтимними стосунками.

4. Умови навколишнього середовища

Включає питання: 8; 9; 12; 13; 14; 23; 24; 25

Характеризує:

- відчуття безпеки;
- фінансові ресурси;
- доступ до інформації та медичних послуг;
- житлові умови;
- можливості відпочинку та транспорту.

Загальні питання (аналізуються окремо)

Питання 1 – загальна оцінка якості життя

Питання 2 – задоволеність станом здоров'я

Ці показники не входять до доменів, але використовуються як індикатори загального благополуччя.

Інтерпретація

Вищі значення відповідають вищій суб'єктивної якості життя.

Низькі показники в окремих доменах розглядаються як:

- потенційні зони психологічного ризику;
- фактори, що можуть ускладнювати процес реінтеграції.

2.4. Методика Шкала впливу травматичних подій

Автори методики: М. Горовіц (M. Horowitz), Н. Вілнер (N. Wilner), В. Альварес (W. Alvarez). Початкова версія шкали була розроблена у **1979 році**. Пізніше методика була розширена та уточнена у вигляді **IES-R** з урахуванням критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Мета методики: Шкала впливу подій призначена для оцінки суб'єктивної інтенсивності психологічного дистресу, пов'язаного з переживанням травматичної або стресової події. Методика дозволяє визначити, наскільки подія продовжує впливати на емоційний стан, когнітивні процеси та поведінкові реакції особистості протягом певного періоду часу.

IES / IES-R не є діагностичним інструментом для встановлення клінічного діагнозу ПТСР, а використовується як скринінговий та дослідницький інструмент для виявлення рівня посттравматичного стресу та зон психологічного ризику.

Інструкція для респондента:

Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть, наскільки воно Вас виснажувало протягом останніх 7 днів після пережитої стресової події (або

іншого узгодженого проміжку часу). Якщо Ви не впевнені у відповіді, оберіть перший варіант, що спадає на думку.

Шкала оцінювання:

0 – ані трохи

1 – трохи

2 – помірно

3 – досить сильно

4 – дуже сильно

Стимульний матеріал

- а) Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.
- б) Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.
- в) З різних причин я знову і знову починав (-ла) думати про цю подію.
- г) Я відчував (-ла) роздратування і злість.
- г) Я намагався (-лася) не дозволяти собі засмучуватися, коли думав (-ла) про цю подію.
- д) Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.
- е) Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.
- є) Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.
- ж) Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.
- з) Я був (-ла) нервовий (-а), «заводився (-лася)» з нічого.
- и) Я намагався (-лася) про це не думати.
- і) Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але нічого з ними не робив (-ла).
- ї) Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.
- й) Я помітив (-ла), що поводжуся або почувуюся так, ніби знову повернувся (-лася) у той час.
- к) Мені було важко засинати.
- л) На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.

- м) Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.
- н) Мені було важко зосереджуватися.
- о) Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (потовиділення, важке дихання, нудота, серцебиття тощо).
- п) Це мені снилося.
- р) Я почуваюся (-лася) цілий час «на поготові» – в очікуванні, що щось страшне станеться знову.
- с) Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.

Ключ до методики

Процедура та структура методики:

Респонденту пропонується оцінити, наскільки кожне з наведених тверджень виснажувало його протягом останніх 7 днів після пережитої події (або іншого узгодженого проміжку часу). Оцінювання здійснюється за 5-бальною шкалою:

- 0 – ані трохи
- 1 – трохи
- 2 – помірно
- 3 – досить сильно
- 4 – дуже сильно

Досліджувана версія анкети містить 22 тверджень, які відображають структуру класичної шкали IES-R та об'єднуються у три субшкали.

Субшкали та підрахунок результатів

1. Субшкала нав'язливих спогадів (Інтрузія)

Відображає частоту небажаних думок, образів, снів, емоційного та фізіологічного дистресу, пов'язаних із травматичною подією.

Пункти: а, в, д, ж, й, л, п, о (8 пунктів).

Розрахунок: середнє арифметичне суми балів за відповідні пункти.

2. Субшкала уникнення

Характеризує прагнення уникати думок, емоцій, розмов або ситуацій, пов'язаних із травматичною подією, а також емоційне притуплення.

Пункти: г, е, є, и, і, ї, м, с (8 пунктів).

Розрахунок: середнє арифметичне суми балів за відповідні пункти.

3. Субшкала гіперзбудження

Відображає симптоми підвищеної тривожності, дратівливості, порушення сну, концентрації уваги та постійної настороженості.

Пункти: б, г, з, к, н, р (6 пунктів).

Розрахунок: середнє арифметичне суми балів за відповідні пункти.

Середні показники за кожною субшкалою варіюють у діапазоні від 0 до 4 балів.

Інтерпретація результатів:

0,00–0,99 – мінімальний рівень дистресу

1,00–1,99 – легкий рівень дистресу

2,00–2,99 – помірний рівень дистресу

3,00–4,00 – високий (клінічно значущий) рівень дистресу

Високі показники свідчать про значну вираженість посттравматичних симптомів та потребують професійної психологічної або психотерапевтичної допомоги.

2.5. Методика оцінки депресивних станів А. Бека

Мета тесту: BDI-II призначений для оцінки тяжкості депресивних симптомів у дорослих. Методика дозволяє кількісно визначити інтенсивність емоційних, когнітивних, поведінкових та фізіологічних проявів депресії.

Розробник: Аарон Т. Бек (Aaron T. Beck), американський психіатр і психотерапевт, розробив шкалу у 1961 році; сучасна версія BDI-II була оновлена у 1996 році для відповідності діагностичним критеріям DSM-IV.

Структура тесту:

Складається з 21 групи тверджень, кожна з яких описує симптом депресії.

Кожна група містить 4 варіанти тверджень, що відображають зростаючу тяжкість симптому.

Респондент вибирає одне твердження, яке найкраще описує його стан протягом останніх 2 тижнів.

Інструкція до шкали депресії Бека (BDI-II)

Шановний(-а) респонденте! Вам пропонується опитувальник для оцінки вашого емоційного стану протягом останніх двох тижнів. Будь ласка, уважно прочитайте кожен групу тверджень і оберіть одне твердження в кожній групі, яке найкраще відповідає вашому стану.

Основні правила:

1. Вибирайте тільки одне твердження в кожній групі.
2. Обирайте твердження, яке найточніше відображає ваші відчуття і поведінку за останні два тижні.
3. Якщо ви не впевнені у виборі, оберіть твердження, яке найближче відповідає вашому стану.
4. Відповідайте щиро – немає «правильних» чи «неправильних» відповідей.

Стимульний матерія

Сум

- 0 – Я не сумую.
- 1 – Мені сумно.
- 2 – Мені весь час сумно, і я не можу цього позбутися.
- 3 – Я такий(-а) сумний(-а) або нещасливий(-а), що не можу цього витримати.

Песимізм

- 0 – Я не особливо засмучений(-а) своїм майбутнім.
- 1 – Я відчуваю більшу зневіру щодо свого майбутнього, ніж раніше.
- 2 – Я не очікую, що справи підуть на лад.
- 3 – Я відчуваю, що моє майбутнє безнадійне і може стати тільки гірше.

Відчуття неспроможності

- 0 – Я не відчуваю себе невдахою.
- 1 – Я відчуваю, що зазнав(-ла) більше невдач, ніж більшість людей.

2 – Коли я озираюся на своє життя, я бачу багато невдач.

3 – Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха як людина.

Втрата задоволення

0 – Я отримую стільки ж задоволення від того, що мені подобалося, як і раніше.

1 – Я не отримую стільки задоволення від того, що мені подобалося, як раніше.

2 – Я отримую дуже мало справжнього задоволення від чогось.

3 – Я не можу отримати задоволення від чогось взагалі.

Почуття провини

0 – Я не відчуваю особливої провини.

1 – Я відчуваю провину через багато речей, які я зробив(-ла) або мав(-ла) би зробити.

2 – Я відчуваю себе винним(-ою) більшу частину часу.

3 – Я відчуваю провину постійно.

Відчуття покараності

0 – Я не відчуваю, що мене карають.

1 – Я відчуваю, що мене можуть покарати.

2 – Я очікую, що мене покарають.

3 – Я відчуваю, що мене карають.

Самозаперечення

0 – Я ставлюся до себе так само, як і завжди.

1 – Я втратив(-ла) впевненість у собі.

2 – Я розчарований(-а) у собі.

3 – Я ненавиджу себе.

Самозвинувачення

0 – Я не критикую і не звинувачую себе більше, ніж зазвичай.

1 – Я більш критичний(-а) до себе через свої слабкості або помилки, ніж раніше.

2 – Я постійно звинувачую себе за свої помилки.

3 – Я звинувачую себе за все погане, що трапляється.

Суїцидальні думки

0 – У мене немає думок про те, щоб покінчити з собою.

1 – У мене є думки про самогубство, але я не буду їх реалізовувати.

2 – Я хотів(-ла) би покінчити з собою.

3 – Я б убив(-ла) себе, якби мав(-ла) таку можливість.

Плаксивість

0 – Я не плачу більше, ніж зазвичай.

1 – Я плачу більше, ніж раніше.

2 – Я плачу весь час і не можу зупинитися.

3 – Раніше я міг(-ла) плакати, але тепер не можу, навіть якщо хочу.

Збудження

0 – Я не більш неспокійний(-а) чи збуджений(-а), ніж зазвичай.

1 – Я почуваюся більш неспокійним(-ою) або збудженим(-ою), ніж зазвичай.

2 – Я настільки неспокійний(-а) чи збуджений(-а), що мені важко сидіти на місці.

3 – Я настільки неспокійний(-а) або збуджений(-а), що мушу постійно рухатися або щось робити.

Втрата інтересу

0 – Я не втратив(-ла) інтересу до інших людей або занять.

1 – Я менш зацікавлений(-а) в інших людях або заняттях, ніж раніше.

2 – Я втратив(-ла) більшість мого інтересу до інших людей або занять.

3 – Мені важко зацікавитися чимось.

Нерішучість

0 – Я приймаю рішення так само добре, як і завжди.

1 – Я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж раніше.

2 – Мені набагато важче приймати рішення, ніж раніше.

3 – Я взагалі не можу приймати рішення.

Нікчемність

0 – Я не відчуваю, що я гірший(-а) за когось іншого.

1 – Я критикую себе за свої слабкості або помилки.

2 – Я постійно докоряю собі за свої помилки.

3 – Я звинувачую себе за все погане, що трапляється.

Втрата енергії

0 – У мене є стільки ж енергії, скільки і раніше.

1 – У мене менше енергії, ніж раніше.

2 – Мені важко почати щось робити, тому що в мене недостатньо енергії.

3 – У мене не вистачає енергії, щоб щось робити.

Зміни у сні

0 – Я сплю так само добре, як і раніше.

1а – Я сплю трохи менше, ніж зазвичай.

1б – Я сплю трохи більше, ніж зазвичай.

2а – Я сплю набагато більше, ніж зазвичай.

2б – Я сплю набагато менше, ніж зазвичай.

3а – Я сплю більшу частину дня.

3б – Я прокидаюся на 1-2 години раніше і не можу знову заснути.

Дратівливість

0 – Я не більш дратівливий(-а), ніж зазвичай.

1 – Я більш дратівливий(-а), ніж зазвичай.

2 – Я набагато більш дратівливий(-а), ніж зазвичай.

3 – Я постійно дратівливий(-а).

Зміни апетиту

0 – Я не помітив(-ла) жодних змін у своєму апетиті.

1а – Мій апетит трохи менший, ніж зазвичай.

1б – Мій апетит трохи більший, ніж зазвичай.

2а – Мій апетит набагато менший, ніж раніше.

2б – Мій апетит набагато більший, ніж раніше.

3а – У мене зовсім немає апетиту.

3б – Я постійно хочу їсти.

Труднощі з концентрацією

0 – Я можу концентруватися так само добре, як і завжди.

1 – Я не можу концентруватися так добре, як зазвичай.

2 – Мені важко зосередити увагу на чомусь протягом тривалого часу.

3 – Я взагалі не можу ні на чому концентруватися.

Втома

0 – Я не втомлююся більше, ніж зазвичай.

1 – Я втомлююся легше, ніж раніше.

2 – Я втомлююся від майже всього, що роблю.

3 – Я занадто втомлений(-а), щоб щось робити.

Втрата інтересу до сексу

0 – Я не помітив(-ла) жодних змін у своєму інтересі до сексу.

1 – Я менш зацікавлений(-а) у сексі, ніж раніше.

2 – Я значно втратив(-ла) інтерес до сексу.

3 – Я повністю втратив(-ла) інтерес до сексу.

Ключ для підрахунку та інтерпретації

Підрахунок балів:

Кожне обране твердження має свій бал: **0, 1, 2 або 3**.

Для тверджень, позначених як **1а, 1б** або **2а, 2б, 3а, 3б** (як у пунктах 16 та 18), обираєте лише один варіант і надаєте йому відповідний бал (1, 2 або 3).

Підсумуйте бали з усіх 21 пунктів, щоб отримати загальний результат.

Максимально можливий бал – 63.

Таблиця 2.5.1.

Інтерпретація загального балу (одна з поширених класифікацій BDI-II)

Загальний бал	Рівень депресивних симптомів
0–13	Мінімальна депресія (відсутність або мінімальні прояви депресивних симптомів)
14–19	Легка депресія
20–28	Помірна депресія

Висновки до другого розділу

Проведений аналіз та представлений методичний інструментарій дозволяють зробити низку узагальнених висновків щодо дослідження процесу психологічної адаптації та реінтеграції військовослужбовців у цивільне суспільство.

Цільова та стратифікована вибірка. Дослідження проведено на цільовій вибірці з 63 осіб, що є діючими військовослужбовцями або звільнені в запас. Вибірка стратифікована за ключовими соціально-демографічними та військово-професійними параметрами (стать, вік, сімейний стан, термін служби, участь у бойових діях, поточний статус, причина звільнення, наявність інвалідності, наявність роботи, членство у ветеранських організаціях). Це забезпечує можливість формалізації та вичленення факторів, що можуть вплинути на чистоту експерименту.

Характеристики вибірки та її значення. Аналіз характеристик вибірки показав, що більшість досліджуваних – це чоловіки середнього та зрілого віку (36–55 років) з досвідом участі в бойових діях та відносно тривалим терміном служби.

Сімейний стан. Домінування одружених осіб та тих, хто має дітей, підтверджує провідну роль сім'ї як потужного саногенного (підтримка) або патогенного (ризик) фактору в процесі реінтеграції.

Фактори ризику/трансформації. Значна частка осіб із досвідом бойових дій та звільнених за станом здоров'я/інвалідністю підкреслює високий рівень впливу бойового стресу та важливість урахування соматичного стану. Участь у бойових діях розглядається не лише як ризик ПТСР, але і як чинник трансформації цінностей та ідентичності.

Соціальна інтеграція. Наявність або відсутність роботи та членство у ветеранських організаціях вказує на неоднорідність процесів соціальної інтеграції та прагнення ветерана до самореалізації.

Дизайн експериментального дослідження. Дослідження є локальним зрізом цільової вибірки. Воно присвячене процесу природної реінтеграції ветерана в цивільне середовище за наявності зовнішніх підтримуючих факторів.

Вимірювані кластери. Дослідження поділено на два кластери.

Кластер внутрішнього благополуччя вимірюється шкалою депресії А. Бека (BDI-II) та шкалою впливу травматичних подій (ШВТП/IES). Результати інтерпретуються як сприятливий прогноз (відсутність симптомів), зона ризику (субклінічні показники), або як загрозливий стан (клінічні показники).

Кластер суб'єктивного ставлення до середовища вимірюється тестом ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF), що виділяє параметри задоволеності або незадоволеності сферами життя як підтримуючий чи руйнуючий фактор.

Методичний апарат. Для перевірки гіпотези про взаємозв'язок між сферами життя, впливом травматичних подій та депресією буде використано методи регресивного аналізу та кореляційного взаємозв'язку. Вимірюваними емпіричними змінними є депресія (А. Бек), оцінка впливу травматичних подій (ШВТП) та суб'єктивна якість сфери життя (ВООЗ).

Отримані характеристики вибірки та обраний методичний апарат створюють необхідне підґрунтя для подальшого аналізу феномену психологічної підтримки як суб'єктивно значущого ресурсу, що може як сприяти успішній реінтеграції, так і бути джерелом додаткових ризиків.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

У розділі подано інтерпретовані якісні та кількісні показники методики А. Беґа, Шкали впливу травматичних подій та тесту ВООЗ для оцінки суб'єктивної якості життя, проведено кореляційний та регресійний аналіз між тестовими показниками та виділеними шляхом анкетування соціально-демографічними факторами. Розділ методично розділений між кластерами «психічний стан суб'єкту» та «оцінка суб'єктом зовнішнього середовища».

3.1. Кластер «Психічний стан»

Кластер у межах даного дослідження розглядається як сукупність взаємопов'язаних показників, об'єднаних за принципом спільності психологічного змісту, функціонального призначення та впливу на процес соціально-психологічної реадaptaції. До кластера «Психічний стан» включено показники, які безпосередньо відображають емоційно-вольову сферу респондента, рівень суб'єктивного благополуччя, наявність або відсутність депресивної симптоматики та проявів психологічного дистресу.

З огляду на те, що дослідження виконано в межах психологічної парадигми, відсутність вираженого психічного неблагополуччя, тобто клінічно значущих патологічних проявів в емоційно-вольовій сфері, розглядається як базова умова потенційно успішної реадaptaції ветерана до цивільного життя. Такий стан створює необхідне функціональне підґрунтя для включення особистості у процеси соціальної взаємодії, професійної реалізації та відновлення життєвих ролей.

Водночас відсутність клінічних симптомів не може розглядатися як достатня умова повноцінної реінтеграції. Перехід від ролі військовослужбовця

до ролі цивільної особи має феноменологічний характер і передбачає глибоку перебудову системи ідентичності, ціннісних орієнтацій та способів емоційної регуляції. Цей процес не належить до сфери психопатології у вузькому розумінні, однак супроводжується внутрішніми напруженнями, амбівалентними переживаннями та зниженням адаптаційних ресурсів.

Саме тому застосовані психодіагностичні інструменти закономірно фіксують наявність субклінічних проявів депресивного та травматичного спектра, які не досягають рівня клінічного розладу, проте мають суттєвий вплив на повсякденне функціонування ветеранів. Такі прояви можуть виражатися у зниженні енергетичного тону, емоційному виснаженні, почутті відчуженості, труднощах у відновленні соціальних контактів і зниженні суб'єктивного відчуття сенсу життя.

Отже, кластер «Психічний стан» у даному дослідженні виступає не як індикатор патології, а як чутливий маркер адаптаційних труднощів, що дозволяє виявити зони психологічної вразливості ще до формування клінічно значущих порушень. Це підкреслює важливість ранніх психопрофілактичних та психоосвітніх інтервенцій, спрямованих на підтримку психологічної стійкості ветеранів у період їхнього переходу до цивільного життя.

3.1.1. Результати дослідження за шкалою впливу травматичної події

В опитуванні брало участь 63 респондента різного віку, статі, сімейного стану та наявності дітей. Усі вони були опитані за допомогою шкали впливу травматичної події (ШВТП), що дало можливість визначити кількісні та якісні показники впливу травматичних подій. Первинні результати опитування за ШВТП та соціально-демографічні дані респондентів представлено у Додатку А.

Узагальнені якісні показники переживання травматичних подій респондентами, розподілені на чотири ступеня за тяжкістю (рівень дистресу) представлені у табл. 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Узагальнені якісні показники переживання травматичних подій респондентами

Якісний показник (рівень дистресу)	Кількість осіб	% від загальної вибірки (n=63)
Мінімальний	12	19.05%
Легкий	17	26.98%
Помірний	24	38.10%
Високий	10	15.87%
Всього	63	100.00%

Як видно з таблиці 3.1.1., більше половини (65.08%) осіб у вибірці демонструють помірний або високий рівень дистресу, причому найбільша частка (38.10%) припадає на помірний рівень. Подібні результати отримані також у дослідженні, проведеному О. М. Кокуном (2023).

Найбільша кількість респондентів (24 особи, або 38.10%) має помірний рівень дистресу. Сукупна частка осіб із помірним та високим рівнями дистресу становить 53.97% (38.10% + 15.87%), що є більшістю вибірки. Решта 46.03% (19.05% + 26.98%) осіб демонструють мінімальний або легкий рівень дистресу.

Таким чином, у цій вибірці переважає тенденція до середніх та високих значень дистресу, що може свідчити про необхідність подальших досліджень причин цього явища та, ймовірно, впровадження заходів психологічної підтримки.

У таблиці 3.1.2. представлено результати оцінки рівню ШВТП досліджуваної вибірки залежно від віку.

Таблиця 3.1.2.

Рівень ШВТП досліджуваної вибірки у різних вікових групах («Фактор віку»)

Вікова група	Кількість респондентів	% від загальної вибірки (n-63)	Найчастіший рівень ШВТП	Приклади (Показник)
26-35 років	10	15.9%	Помірний (40%)	2.59; 2.32

36-45 років	24	38.1%	Легкий (54%)	1.64; 1.09; 1.32
46-55 років	19	30.2%	Легкий (63%)	1.09; 1.41; 1.73
Понад 55 років	10	15.9%	Легкий (60%)	1.82; 2.14; 2.53

Отже, як бачимо з табл. 3.1.2., у молодшій групі досліджуваних (26-35 років) присутня тенденція до вищого рівня дистресу («Помірний»). Це може бути пов'язано з тим, що молодші ветерани стикаються з більшими труднощами у створенні нових цивільних ідентичності та соціальних зав'язків.

У більш старших вікових групах (36-55+ років) групах найчастіше було діагностовано легкий рівень травматичного впливу. Ймовірно, вони мають більш сталу соціальну базу (сім'я, кар'єра), яка виступає захисним фактором. Подібні данні отримано також у дослідженні психологія бойової психічної травми О.А. Блінова (Блінов, 2016).

Співвідношення рівня впливу травматичної події та фактору наявності дітей у досліджуваних відображено у таблиці 3.1.3.

Таблиця 3.1.3.

Рівень ШВТП та показник наявності дітей («Фактор наявності дітей»)

Наявність дітей	Кількість респондентів	Середній показник ШВТП (Оціночно)	Найчастіший рівень ШВТП	Приклади (показник)
Не має	15	~2.00	Помірний (40%)	2.91; 2.59; 3.05 (Високий)
Одна дитина	12	~1.65	Легкий (58%)	1.73; 1.09; 0.39 (Мінімальний)
Двоє дітей	22	~1.60	Легкий (59%)	2.05; 1.82; 0.55 (Мінімальний)
Більше трьох	7	~1.80	Легкий (57%)	2.09; 2.05 (Помірний)

Аналіз даних, представлених у таблиці 3.1.3., дозволяє побачити тенденцію, що наявність дітей, як правило, пов'язана з нижчим рівнем дистресу. У групах, що мають одну-дві дитини, або більше трьох дітей домінує «Легкий рівень» ШВТП.

Група досліджуваних, які не мають дітей, показала вищий середній показник ШВТП і більшу частку дистресу «Помірного рівня». Можливе пояснення цьому полягає у тому, що наявність дітей може виступати потужним «якорем» у цивільному житті та надавати ветерану сенс і мету, що є ключовим захисним фактором проти дезадаптації. Офіційні ролі (батько, чоловік) діють як амортизатори стресу. Ветерани з дітьми мають щоденні мікро-ритуали та обов'язки, які змушують їх перемикатися з «військового фрейму» на «батьківський». Це природна терапія дією (Cohen & Wills, 1985.)

Зв'язок рівню ШВТП та показнику сімейного стану представлено в таблиці 3.1.4.

Таблиця 3.1.4.

Рівень ШВТП за показником сімейного стану («Фактор сімейний стан»)

Сімейний стан	Кількість респондентів	Домінантний рівень ШВТП	Основна тенденція
Одружений(а)	21	Легкий (57%)	Захисний фактор
У цивільному шлюбі	6	Легкий (67%)	Захисний фактор
Розлучений(а)	11	Легкий (64%)	Нейтрально-захисний фактор
Неодружений(а)	13	Помірний (54%)	Фактор ризику

Як видно з таблиці 3.1.4. наявність сталого первинного сімейного зв'язку є значущим захисним фактором, який допомагає інтегрувати травматичний досвід та зменшує рівень посттравматичного дистресу.

Так, абсолютна більшість респондентів в групах з партнером («Одружені», «У цивільному шлюбі») демонструє «Легкий», або мінімальний рівень впливу травматичних подій. Присутність партнера, який надає емоційну та соціальну

підтримку, виступає як міцний якір, що спрощує перехід від військової до цивільної ідентичності.

Група «Неодружені» має найвищий ризик психологічного дистресу. Тут домінує «Помірний рівень» ШВТП, а також в ній спостерігаються найвищі індивідуальні показники, що наближаються до клінічно значущих (наприклад, 2.59, 2.91, 3.05). Відсутність первинного емоційного та соціального «буфера» (партнера/сім'ї) робить ветерана більш вразливим до дезадаптації.

Щодо групи «Розлучені», то хоча показник дистресу тут переважно на рівні «Легкий», (що свідчить про те, що сам факт розлучення не обов'язково є причиною посилення впливу травми), але ця група може бути більш схильна до депресії та погіршення якості життя через відсутність поточної соціальної підтримки. На це звертає увагу Т. М. Титаренко, досліджуючи проблему психологічного здоров'я особистості та засобів самопомоги в умовах тривалої травматизації (Титаренко, 2018).

Показники дисперсії (мінливості) ШВТП за окремими соціально-демографічними факторами представлено у таблицях нижче. Як бачимо з таблиці 3.1.5., групи 36-45 років та 46-55 років мають найвищу дисперсію (від мінімального до високого рівня). Це означає, що сам лише вік не є сильним предиктором рівня дистресу, а в межах цих вікових груп є як повністю адаптовані ветерани, так і ті, що перебувають у важкому стані. Тут рівень ШВТП найбільше залежить від інших факторів (участь у боях, сімейний стан, підтримка).

Таблиця 3.1.5.

Показники дисперсії ШВТП за різними віковими групами

Вікова група	Середній показник ШВТП (орієнтовно)	Діапазон показників (Мін. – Макс.)	Якісна оцінка дисперсії
26-35 років	~2.18	1.55 – 3.05 (Помірний – Високий)	Низька / Помірна
36-45 років	~1.85	0.39 – 2.95 (Мінімальний – Помірний)	Висока

46-55 років	~1.65	0.36 – 3.18 (Мінімальний – Високий)	Висока
Понад 55 років	~1.90	0.55 – 2.53 (Мінімальний – Помірний)	Помірна

Вікова група 26-35 років має відносно низьку дисперсію, причому всі показники високі (від помірного). Це вказує на однорідний ризик – молоді ветерани схильні мати вищий рівень дистресу в цілому.

Дослідники Solomon Z., Mikulincer M., Avramov R. (1991) помітили, що «середній вік» є найбільш чутливим до наявності соціальної підтримки. Якщо у молоді (група 26-35 років) дисперсія низька, бо вони всі «в одному човні» – ще не мають ресурсів, то в 45 років відсутність сім'ї або роботи б'є по ветерану вдесятеро сильніше, заганяючи його в крайні точки шкали ШВТП (показник 3.18).

Показники дисперсії ШВТП за фактором сімейного стану представлено у таблиці 3.1.6. Як бачимо з таблиці, група «Одружений(-а)» має найвищу дисперсію. Хоча середній показник низький (захисний фактор), наявність шлюбу не гарантує адаптацію (тут є показник 3.18 – «Високий»). Це може вказувати на те, що якість сімейних відносин (яка не вимірюється у даному дослідженні) важливіше, ніж сам факт шлюбу.

Таблиця 3.1.6.

Показники дисперсії за сімейним станом

Сімейний стан	Середній показник ШВТП (орієнтовно)	Діапазон показників (Мін. – Макс.)	Якісна оцінка дисперсії
Одружений(а)	~1.54	0.36 – 3.18 (Мінімальний – Високий)	Висока
У цивільному шлюбі	~1.65	0.55 – 2.18 (Мінімальний – Помірний)	Помірна
Розлучений(а)	~1.70	1.09 – 2.53 (Легкий	Низька /

		– Помірний)	Помірна
Неодружений(а)	~2.35	1.55 – 3.05 (Легкий – Високий)	Низька / Помірна

Група "Неодружений (-а)" має низьку дисперсію при високому середньому показнику. Це говорить про високу однорідність ризику – відсутність партнера, як правило, супроводжується значним травматичним дистресом. За даними В. В. Горбунова отриманими у рамках дослідження психологічної допомоги сім'ям учасників АТО, шлюб є амбівалентним ресурсом (Горбунов, 2016).

Показники дисперсії ШВТП за фактором наявності дітей представлено у таблиці 3.1.7.

Таблиця 3.1.7.

Показники дисперсії за фактором наявності дітей

Наявність дітей	Середній показник ШВТП (орієнтовно)	Діапазон показників (Мін. – Макс.)	Якісна оцінка дисперсії
Не має	~2.10	1.41 – 3.05 (Легкий – Високий)	Низька / Помірна
Одна дитина	~1.70	0.36 – 2.95 (Мінімальний – Помірний)	Висока
Двоє дітей	~1.50	0.55 – 3.18 (Мінімальний – Високий)	Висока
Більше трьох	~1.80	0.36 – 2.18 (Мінімальний – Помірний)	Помірна

Отже, як засвідчено у таблиці 3.1.7., групи з дітьми (1-2 дитина) мають найвищу дисперсію – від мінімально адаптованих до тих, хто переживає високий дистрес. Бачимо, що як і у випадку зі шлюбом, сам факт наявності дітей не є

універсальним саногенним чинником. Ефективність цього фактору залежить від якості стосунків та участі ветерана у вихованні.

В групі досліджуваних, які не мають дітей, виявлено найнижчу дисперсію при високому середньому показнику. Це свідчить про однорідність ризику – відсутність цієї соціальної ролі, як правило, пов'язана зі значно вищим рівнем дистресу.

Аналіз дисперсії показників ШВТП за фактором наявності дітей дозволив виявити критичну закономірність – група ветеранів без дітей демонструє статистичну гомогенність високих показників дистресу (низька дисперсія), що вказує на системну відсутність смислоутворюючого ресурсу реадаптації. Натомість висока дисперсія у групах з 1-2 дітьми підтверджує теорію консервації ресурсів С. Хобфолла (1989) про те, що батьківство виступає захисним фактором лише за умови достатнього внутрішнього ресурсу ветерана. У випадку вичерпання останнього, батьківська відповідальність стає додатковим стресором, що пояснює наявність полярних значень дистресу в цій категорії респондентів.

Узагальнимо результати та зробимо висновок з емпіричного дослідження по шкалі ШВТП.

Фактори віку, наявності дітей і сімейний стан самі по собі не є єдиними визначальними чинниками рівня ШВТП, оскільки в багатьох групах спостерігається висока дисперсія (особливо у ветеранів 36-55 років та одружених/з дітьми). Це означає, що ефективність цих соціальних ресурсів є індивідуальною і залежить від якості стосунків, а не лише від їхнього формального факту наявності.

Низька дисперсія у групах ризику («Неодружені» та «Без дітей») є найбільш важливим результатом проведеного дослідження, якій вказує на те, що ці однорідні групи досліджуваних мають значні труднощі реадаптації. Відповідно, це підсилює необхідність розробки та впровадження цільових психологічних програм саме для цих категорій ветеранів.

Результати ШВТП підкреслюють, що успіх соціально-психологічної адаптації ветеранів залежить не лише від інтенсивності отриманої травми, але й від наявності та міцності їхньої соціальної ресурсної бази у цивільному житті (сім'я, діти). Емпіричні дані підтверджують теоретичні засади нашої роботи, виділяючи неодружених ветеранів без дітей та молодшу вікову групу як найбільш вразливі категорії, що потребують пріоритетної психологічної підтримки.

3.1.2. Результати дослідження депресії за шкалою А. Бека

В опитуванні для оцінки стану депресії взяли участь 63 респондента. Первинні результати цього опитування разом із соціально-демографічними показниками представлено у Додатку Б. Загальні результати аналізу якісних та кількісних показників подано у таблиці 3.1.8.

Таблиця 3.1.8.

Загальний аналіз якісних та кількісних показників

Якісний показник депресії	Діапазон балів (BDI-II)	Кількість респондентів	Загальний відсоток від вибірки (N=63)
Мінімальна депресія (Норма)	0 – 13	35	55.56%
Легка депресія	14 – 19	13	20.63%
Помірна депресія	20 – 28	8	12.70%
Важка депресія	29 – 63	7	11.11%
Разом		63	100.00%

З таблиці 3.1.8. бачимо, що більшість досліджуваних мають показник депресії у нормі (55.56%). Більше половини ветеранів (35 осіб) демонструють мінімальну депресію, що є рівнем, який відповідає нормі або ситуативному

дистресу. Це позитивний показник, який свідчить про збереження основних механізмів психологічної стійкості у більшості вибірки.

Високий ризик депресивних розладів зафіксовано у 44.44% випадках – майже половина респондентів (28 осіб) має показники, що відповідають клінічно значущим рівням депресії (легка, помірна, важка).

Критичний ризик депресивних розладів у 23.81% опитаних – кожен четвертий ветеран (15 осіб) має помірний (12.70%) або важкий (11.11%) рівень депресії. Ці стани вимагають негайної психологічної та/або психіатричної допомоги, оскільки вони суттєво порушують функціонування особистості, якість життя та можуть нести суїцидальні ризики.

Далі в таблиці 3.1.9. представлено результати оцінки депресії за фактором віку.

Таблиця 3.1.9.

Показники депресії ((BDI-II) в різних вікових групах

Вікова група	Кількість респондентів	Середній бал BDI-II (орієнтовно)	Домінантний рівень депресії
26-35 років	10	~19.00	Легка депресія
36-45 років	24	~13.50	Мінімальна депресія
46-55 років	19	~11.00	Мінімальна депресія
Понад 55 років	10	~9.50	Мінімальна депресія

Аналіз отриманих емпіричних даних засвідчує наявність виразної зворотної залежності між віком досліджуваних та середнім рівнем депресивної симптоматики: зі збільшенням віку показники депресії послідовно знижуються. Найвищі середні значення за шкалою BDI-II зафіксовано у віковій групі 26–35 років, де рівень депресивної симптоматики відповідає легкій депресії. Це узгоджується з раніше виявленою тенденцією за шкалою впливу травматичних

подій і свідчить про підвищену вразливість молодших ветеранів до психологічних наслідків бойового досвіду.

Натомість у вибірці ветеранів віком понад 45 років зафіксовано найнижчі показники депресії, що відповідають рівню мінімальної депресивної симптоматики. Імовірно, така динаміка пов'язана з наявністю більш сформованих соціальних та особистісних ресурсів, зокрема стабільної професійної реалізації та сімейних стосунків, які виконують функцію захисного буфера. Отримані результати узгоджуються з сучасними науковими підходами до розуміння депресивних розладів у ветеранів, зокрема з положеннями, викладеними в роботі Т. Tanielian та L. H. Jauch (2008) щодо психологічних наслідків війни та чинників, які опосередковують їхній прояв.

В таблиці 3.1.10. представлено результати оцінки депресії за фактором наявності дітей.

Таблиця 3.1.10.

Показники депресії ((BDI-II) в групах з різною кількістю дітей

Наявність дітей	Кількість респондентів	Середній бал BDI-II (орієнт.)	Домінантний рівень депресії
Не має	15	~19.50	Легка депресія
Одна дитина	12	~11.00	Мінімальна депресія
Двоє дітей	22	~11.50	Мінімальна депресія
Більше трьох дітей	7	~12.00	Мінімальна депресія

Аналіз емпіричних даних засвідчує наявність вираженого зв'язку між наявністю дітей та рівнем депресивної симптоматики у ветеранів. Зокрема, встановлено, що наявність дітей виступає потужним захисним чинником щодо розвитку депресивних проявів незалежно від їх кількості: у всіх групах респондентів, які мають дітей, середні показники за шкалою BDI-II перебувають у межах мінімальної депресії.

Натомість у групі ветеранів без дітей зафіксовано середній рівень депресивної симптоматики, що відповідає легкій депресії. Така тенденція узгоджується з результатами, отриманими за шкалою впливу травматичних подій, і свідчить про те, що відсутність соціальної ролі батьківства, яка забезпечує відчуття сенсу, відповідальності та спрямованості на майбутнє, суттєво підвищує ризик як травматичного дистресу, так і депресивних станів, що було теоретично обґрунтовано у першому розділі роботи.

Порівняльний аналіз показників за методикою BDI-II підтвердив зазначену закономірність – середній бал у групах ветеранів, які виконують батьківську роль (приблизно 11,50), відповідає зоні мінімальної депресії та корелює з положеннями теорії Л. Перліна (1989) щодо захисної функції соціальних ролей.

Водночас середній показник у групі бездітних респондентів (приблизно 19,50) свідчить про наявність легкої депресивної симптоматики, що може бути інтерпретовано як прояв екзистенційної фрустрації, пов'язаної з дефіцитом значущих цивільних цілей у процесі реадaptaції.

Отримані дані дозволяють розглядати відсутність батьківства як вагомий прогностичний чинник ризику розвитку депресивних розладів у ветеранів у період повернення до цивільного життя.

Результати дослідження взаємозв'язку фактору сімейного стану та проявів депресії представлено у таблиці 3.1.11.

Таблиця 3.1.11.

Показники депресії (BDI-II) в групах з різним сімейним станом

Сімейний стан	Кількість респондентів	Середній бал BDI-II (орієнтовно)	Домінантний рівень депресії
Одружений(а)	21	~9.00	Мінімальна депресія
У цивільному шлюбі	6	~11.00	Мінімальна депресія
Розлучений(а)	11	~14.00	Легка депресія
Неодружений(а)	13	~18.50	Легка депресія

Аналіз результатів дослідження свідчить про наявність чіткої залежності між сімейним станом ветеранів та рівнем депресивної симптоматики. Найнижчі середні показники депресії за шкалою BDI-II зафіксовано у групі одружених ветеранів, що є найбільш переконливим емпіричним підтвердженням гіпотези щодо ключової ролі соціальної підтримки як захисного чинника, операціоналізованого в межах другого кластера дослідження.

Натомість у групі неодружених ветеранів виявлено найвищі середні значення депресивної симптоматики, які відповідають рівню легкої депресії. Підвищені показники також характерні для розлучених респондентів, рівень депресії яких суттєво перевищує показники осіб, що перебувають у шлюбі. Отримані дані свідчать про те, що відсутність стабільного партнерського зв'язку або його втрата істотно підвищують ризик розвитку клінічно значущих депресивних проявів у процесі реадаптації.

Порівняльний аналіз результатів за шкалою депресії А. Бека та шкалою впливу травматичних подій демонструє високий ступінь узгодженості виявлених тенденцій. Зокрема, встановлено, що чим більш сформованим є так званий «соціальний якор» – зокрема старший вік, наявність дітей та офіційний шлюб, – тим нижчим є ризик як депресивної симптоматики, так і травматичного дистресу.

Водночас ідентифіковано дві групи підвищеної вразливості: неодружених ветеранів без дітей та представників молодшої вікової групи (26–35 років). Саме в цих групах зафіксовано найвищі показники як інтенсивності переживання травматичних подій, так і рівня депресивних проявів, що дозволяє розглядати їх як пріоритетні цільові групи для психологічної підтримки в процесі реінтеграції до цивільного життя.

На основі інтегрального аналізу показників за Шкалою депресії А. Бека (BDI-II) та Шкалою впливу травматичних подій (ШВТП/IES) досліджувану вибірку було диференційовано на три стратегічні групи, що відрізняються рівнем психологічного ризику та, відповідно, потребою в рекомендованих формах психологічної й медико-психіатричної допомоги. Характеристики цих груп подано у таблиці 3.1.12.

Таблиця 3.1.12.

Характеристики груп для вибору стратегії психологічної допомоги

Категорія групи	Критерії (Шкала Бека / ШОВТ)	К-ть осіб	Рекомендований протокол
Група 1: Високий клінічний ризик	Важка депресія (29+) або Високий дистрес за ШВТП.	15 осіб (23.8%)	Психіатричний огляд. Потрібна диференціальна діагностика та, ймовірно, фармакотерапія. Психолог працює лише у парі з лікарем.
Група 2: Субклінічний рівень	Помірна/Легка депресія (14–28) або Помірний дистрес за ШВТП.	23 особи (36.5%)	Робота з психологом / психотерапевтом. Фокус на опрацюванні травматичного досвіду, когнітивній терапії та соціальній активації.
Група 3: Відносна стабільність	Мінімальна депресія (0–13) та Мінімальний/Легкий дистрес.	25 осіб (39.7%)	Групи підтримки, соціалізація. Профілактика вигорання, зміцнення наявних ресурсів (сім'я, хобі), залучення до ветеранських спільнот.

До групи високого клінічного ризику віднесено 23,8% вибірки – ветеранів із вираженою депресивною симптоматикою та високим рівнем травматичного дистресу, для яких необхідним є спеціалізований психіатричний огляд і комплексний медико-психологічний супровід у зв'язку з ризиком суттєвого порушення функціонування.

Субклінічний рівень охоплює 36,5% респондентів і характеризується помірними проявами депресії та дистресу; саме ця група становить основну цільову аудиторію для системної психотерапевтичної роботи, спрямованої на опрацювання травматичного досвіду та профілактику хронізації розладів. До рівня відносно психологічної стабільності віднесено 39,7% опитаних, які демонструють високий адаптивний потенціал; для них найбільш доцільними є

програми соціальної інтеграції, підтримки та взаємодопомоги за принципом «рівний – рівному», що сприяють закріпленню ресурсних стратегій реінтеграції.

3.2. Кластер соціальне середовище

Проблематика ставлення особистості до соціального середовища вивчалася за допомогою анкетування, що послужило одночасно, як стратифікація вибірки так з'ясування наявних життєвих обставин ветерана, тобто його соціального контексту звільнення. Звичайно ми не можемо перевірити надані нам данні на об'єктивність з міркувань етики, але враховуючи той факт, що участь у дослідженні була добровільна, ми вважаємо, що відповідям респондентів здебільшого можна вірити. За математичної аналогією анкетування було за номінальною шкалою – «тобто є діти – не має дітей», «в шлюбі – розлучений» з додаванням шкали інтервалів, де ми фіксували віковий період в якому знаходиться ветеран.

Як ми повідомляли раніше, номінальна ознака ресурсу, ще не свідчить про психологічну цінність для особистості цього ресурсу. Суб'єктивне ставлення до навколишнього середовища ми вимірювали за допомогою короткої версії тесту ВООЗ сфери життя.

3.2.1. Результати дослідження якості життя за факторами ВООЗ

В опитуванні прийняло участь 63 респондента, таблицю з первинними даними якісних і кількісних результатів подано у Додатку В. Узагальнення отриманих результатів подано в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

Узагальнення результати дослідження якості життя за факторами ВООЗ

Сфера (Домен)	Рівень	Кількість осіб	Відсоток (%)
Фізичне самопочуття	Високий	14	22.2%
	Середній	27	42.9%
	Низький	22	34.9%
Психологічне благополуччя	Високий	19	30.2%
	Середній	27	42.8%
	Низький	17	27.0%
Соціальні стосунки	Високий	14	22.2%
	Середній	24	38.1%
	Низький	25	39.7%
Навколишнє середовище	Високий	14	22.2%
	Середній	30	47.6%
	Низький	19	30.2%

Аналіз показників якості життя за соціальною, психологічною та фізичною сферами виявив диференційований профіль адаптації ветеранів. Найбільш критичною зоною виявилася соціальна сфера, у якій зафіксовано найбільший відсоток низьких показників (39,7%). Це свідчить про те, що майже дві п'ятих опитаних переживають виражену соціальну ізоляцію та дефіцит міжособистісних зв'язків, що узгоджується з попередніми результатами аналізу сімейного стану, зокрема високими рівнями дистресу серед неодружених і розлучених респондентів.

Натомість психологічна сфера демонструє відносно більшу стабільність: частка осіб із низьким рівнем психологічної якості життя становить 27%, що є найменшим показником серед усіх доменів. Це може свідчити про збережені внутрішні механізми психологічного захисту та саморегуляції, які залишаються функціональними навіть за умов порушення соціальних зв'язків і зниження якості міжособистісної взаємодії.

Фізична сфера якості життя, своєю чергою, формує окрему зону ризику – низькі показники зафіксовано у 34,9% вибірки. У поєднанні з підвищеними рівнями депресивної симптоматики за шкалою Бека це вказує на ймовірність психосоматичних проявів і маскованих депресивних станів, у яких психологічний дистрес знаходить тілесні форми вираження.

Водночас у межах усіх доменів значна частка респондентів (приблизно 40–47%) перебуває в середньому діапазоні показників. Такий стан можна охарактеризувати як «зону хиткої рівноваги», за якої особи загалом справляються з повсякденними вимогами, проте не мають достатнього резерву психологічної та соціальної стійкості для подолання додаткових стресорів.

Порівняльний аналіз показників двох кластерів – психічного стану та якості життя – дозволяє окреслити феномен, який умовно може бути визначений як «ветеранський парадокс». За відносно збереженого психологічного функціонування, що проявляється у невисокій частці низьких показників за психологічним доменом WHOQOL, ветерани водночас демонструють виражену соціальну ізоляцію та високий рівень клінічного дистресу. Це свідчить про те, що зовнішня адаптація, зокрема здатність підтримувати образ функціональної стабільності, часто випереджає глибинну внутрішню реадaptaцію.

Найбільш критичним розривом у цій структурі виявляється дефіцит соціальних стосунків, що підтверджує висунуту гіпотезу про доцільність спрямування програм допомоги не лише на індивідуальну психологічну роботу, а насамперед на відновлення соціальних зв'язків, розширення мереж підтримки та залучення ветеранів до активної громадської взаємодії.

Факторний аналіз різних доменів якості життя у розрізі різних вікових категорій подано в таблиці 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

Факторний аналіз якості життя за віковим критерієм

Вікова категорія	Фізична сфера (сер. бал)	Психологічна сфера (сер. бал)	Соціальні стосунки (сер. бал)	Середовище (сер. бал)
26-35 років (молодь)	39.8 (Низький)	43.1 (Середній)	34.6 (Низький)	38.3 (Низький)
36-45 років (середній вік)	42.4 (Середній)	46.5 (Середній)	40.5 (Середній)	43.8 (Середній)
46-55 років (зрілий вік)	44.2 (Середній)	49.3 (Середній)	42.1 (Середній)	45.7 (Середній)
Понад 55 років (старша група)	34.2 (Низький)	31.8 (Низький)	28.5 (Низький)	33.2 (Низький)

Аналіз вікових детермінант якості життя ветеранів засвідчив наявність нелінійної залежності адаптаційного потенціалу від віку, що проявляється у різноспрямованих профілях вразливості та ресурсності. Найбільш критичні показники за всіма без винятку доменами якості життя зафіксовано у групі ветеранів віком понад 55 років. Зокрема, показники психологічного благополуччя (31,8%) та соціальних стосунків (28,5%) перебувають у зоні глибокої дефіцитарності, що свідчить про істотні труднощі інтеграції до цивільного життя. Така ситуація може бути пояснена поєднанням вікових змін, погіршення фізичного стану та посилення соціальної ізоляції, що формує ефект так званої «подвійної вразливості» – вікової та травматичної.

Молодша вікова група (26–35 років) демонструє інший профіль ризику, який має виразно соціально-економічний характер. У цій категорії зафіксовано низькі показники за доменами «Середовище» (38,3) та «Фізична сфера» (39,8), що вказує на дефіцит базових життєвих ресурсів, зокрема стабільного житла та зайнятості, а також на високий рівень фізичного виснаження, неадекватний хронологічному віку. Низькі показники соціальної сфери в цій групі додатково

можуть бути зумовлені відсутністю стабільних партнерських і сімейних стосунків, характерних для цього життєвого етапу.

Найбільш адаптованою виявилася вікова група 46–55 років, яка демонструє найвищі показники за всіма доменами якості життя, хоча вони загалом залишаються в межах середнього рівня. Цю групу можна розглядати як своєрідну «золоту середину» вибірки, оскільки її представники частіше мають сформовані сімейні стосунки, дорослих дітей та накопичений до воєнного досвіду соціальний капітал, який виконує функцію «подушки безпеки» в умовах післявоєнної реадаптації. Зазначені результати узгоджуються з концепцією соціального капіталу Р. Патнема, відповідно до якої стійкі соціальні зв'язки та ресурси виступають амортизатором дистресу та сприяють збереженню вищого рівня якості життя.

Водночас простежується спільна для більшості вікових груп тенденція: соціальна сфера якості життя залишається найбільш уразливою і демонструє найнижчі показники майже в усіх вікових категоріях, за винятком групи 46–55 років. Це підтверджує, що незалежно від віку повернення до повноцінного соціального функціонування є одним із найскладніших викликів у процесі реінтеграції ветеранів до цивільного суспільства.

Факторний аналіз різних доменів якості життя у розрізі груп із різним сімейним станом подано в таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Факторний аналіз якості життя за сімейним станом

Сімейний стан	Фізична сфера (сер. бал)	Психологічна сфера (сер. бал)	Соціальні стосунки (сер. бал)	Середовище (сер. бал)
Одружений(а)	48.6 (Середній)	54.2 (Середній)	53.8 (Середній)	49.5 (Середній)
У цивільному шлюбі	42.1 (Середній)	46.8 (Середній)	42.5 (Середній)	40.2 (Низький)
Розлучений(а)	35.4 (Низький)	38.2 (Низький)	32.4 (Низький)	35.9 (Низький)

Неодружений(а)	32.8 (Низький)	34.5 (Низький)	28.7 (Низький)	33.1 (Низький)
----------------	-------------------	----------------	-------------------	-------------------

Аналіз якості життя ветеранів з урахуванням фактора сімейного стану засвідчує його визначальну роль у формуванні адаптаційного потенціалу та психосоціальної стабільності. Найвищі показники за всіма доменами якості життя зафіксовано у групі одружених респондентів, що свідчить про функцію шлюбу як ключового ресурсного чинника реадаптації. Офіційний сімейний статус забезпечує стабільність не лише у сфері соціальних стосунків, де показник є найвищим (53,8), але й у психологічному домені, підтверджуючи тезу про родину як первинну ланку підтримки та відновлення ветерана в цивільному житті.

Найбільш дефіцитарний профіль якості життя характерний для ветеранів, які ніколи не перебували у шлюбі. У цій групі зафіксовано найнижчі показники, зокрема у соціальній сфері (28,7), що відображає глибоке відчуття соціального відчуження та ізоляції. Відсутність партнерської підтримки негативно позначається і на фізичному домені (32,8), що може свідчити про зниження мотивації до піклування про власне здоров'я за умов дефіциту близьких міжособистісних зв'язків.

Окремої уваги заслуговує група розлучених ветеранів, адаптаційний профіль яких наближається до показників неодружених, проте з дещо вищими значеннями у психологічній сфері (38,2). Ймовірно, попередній досвід сімейного життя сформував певні когнітивні та емоційні ресурси, які частково зберігають захисну функцію. Водночас ця група демонструє виражений дефіцит у домені «Навколишнє середовище» (35,9) та соціальних стосунках, що вказує на актуальну нестачу стабільної зовнішньої підтримки та почуття захищеності.

Порівняльний аналіз офіційного та цивільного шлюбу показує, що хоча перебування у незареєстрованих партнерських стосунках пов'язане з кращими показниками якості життя порівняно з повною відсутністю партнерства, воно суттєво поступається офіційному шлюбу, зокрема в домені «Навколишнє

середовище» (40,2). Така різниця може бути зумовлена нижчим рівнем соціальної, правової та фінансової захищеності, характерним для цивільних шлюбів.

Синтез результатів факторного аналізу дозволяє констатувати, що офіційний шлюб виступає фундаментальним антистресовим буфером у розумінні концепції С. Кобба (Cobb, 1976) про знищуючій кумулятивний вплив травматичного досвіду, що сприяє збереженню якості життя ветеранів. Натомість системне зниження показників за всіма доменами у неодружених і розлучених респондентів визначає ці групи як пріоритетні для зовнішніх інтервенцій. Зокрема, виявлений дефіцит почуття захищеності у цивільних шлюбах актуалізує потребу не лише в психологічній підтримці, а й у комплексних правових та економічних заходах, спрямованих на зміцнення ветеранських сімей як ключового ресурсу успішної соціальної реінтеграції.

Факторний аналіз різних доменів якості життя у розрізі груп із різним станом щодо наявності дітей подано в таблиці 3.2.4.

Таблиця 3.2.4.

Факторний аналіз якості життя за наявністю та кількістю дітей

Наявність дітей	Фізична сфера (сер. бал)	Психологічне благополуччя (сер. бал)	Соціальні стосунки (сер. бал)	Середовище (сер. бал)
Немає дітей	33.6 (Низький)	36.4 (Низький)	24.2 (Низький)	32.8 (Низький)
Одна дитина	45.1 (Середній)	50.8 (Середній)	46.5 (Середній)	44.9 (Середній)
Двоє дітей	43.8 (Середній)	48.2 (Середній)	44.1 (Середній)	43.5 (Середній)
Більше трьох дітей	68.0 (Високий)	74.0 (Високий)	70.0 (Високий)	66.0 (Високий)

Аналіз якості життя ветеранів з урахуванням фактору наявності дітей засвідчив його фундаментальне значення для процесу реадптації та відновлення

соціально-психологічного функціонування. Найнижчі показники за всіма доменами зафіксовано у групі респондентів без дітей, при цьому особливо критичним є рівень соціальних стосунків (24,2 бала), що вказує на виражений дефіцит соціальної взаємодії та ознаки соціальної ізоляції. Отримані результати підтверджують, що відсутність батьківства позбавляє ветеранів повсякденної мережі контактів, відповідальностей і соціальної активності, які відіграють ключову роль у підтриманні адаптивного функціонування.

Водночас у групі багатодітних ветеранів (понад троє дітей), попри її відносно малу чисельність, зафіксовано найвищі показники якості життя, що відповідають високому рівню. Такий результат може бути інтерпретований крізь призму концепції «відповідального батьківства», відповідно до якої значний обсяг сімейних обов'язків вимагає мобілізації особистісних і соціальних ресурсів, що, своєю чергою, знижує ризик фіксації на травматичному досвіді та розвитку депресивних станів. Ці дані узгоджуються з теорією генеративності Е. Еріксона, згідно з якою турбота про наступне покоління виступає потужним чинником психологічної стійкості та антидепресивного захисту.

Показники ветеранів, які мають одну або дві дитини, є майже ідентичними та перебувають у межах середнього рівня за всіма доменами якості життя. Це свідчить про те, що визначальним чинником виступає сам факт наявності дитини, а не їх кількість. Батьківство формує стійкі сенсові орієнтири, які мотивують ветерана дбати про власний фізичний стан (43–45 балів) та підтримувати психологічну рівновагу в умовах післявоєнної реальності.

Показовим є також те, що в усіх групах ветеранів, які мають дітей, рівень психологічного благополуччя стабільно перевищує показники фізичного самопочуття. Це вказує на те, що батьківство забезпечує потужний внутрішній психологічний ресурс, який дозволяє зберігати емоційну стійкість навіть за умов соматичних порушень, зумовлених військовим досвідом. У цілому результати емпіричного дослідження дозволяють розглядати наявність дітей як найсильніший предиктор успішної соціальної інтеграції ветеранів, оскільки батьківство виконує функцію «сенсового якоря», що підтримує мотивацію до життя, відповідальність за майбутнє та активну участь у цивільному соціальному просторі.

В таблиці 3.2.5. подано результати розрахунку дисперсія показників якості життя (WHOQOL-BREF) за виділеними факторами віку, сімейного стану, та наявності дітей.

Таблиця 3.2.5.

Дисперсія показників якості життя (WHOQOL-BREF) за факторами

Фактор	Сфера (Домен)	Дисперсія (σ^2)	Інтерпретація
Вік	Соціальна сфера	245.4	Найвищий розкид. Вік не гарантує стабільних стосунків; у молодих і старших дані «розлітаються» найбільше.
	Психологічна сфера	132.8	Помірна дисперсія. Психологічно люди в межах однієї вікової групи реагують схоже.
Шлюб	Соціальна сфера	84.2	Низька дисперсія. Це означає, що шлюб – стабільний фактор. Якщо людина одружена, її бал соціальної сфери прогнозовано високий.
	Психологічна сфера	115.6	Показники досить купчасті, шлюб «вирівнює» психологічний стан.
Діти	Психологічна сфера	98.5	Найнижча дисперсія. Наявність дітей – найнадійніший предиктор. Психологічний стан батьків дуже схожий між собою (стабільно вищий).
	Навколишнє середовище	188.3	Висока дисперсія. Діти є, а фінансові можливості у всіх дуже різні.

Отже, дисперсійний аналіз дозволив оцінити прогностичну значущість (валідність) окремих соціально-демографічних факторів у формуванні доменів якості життя ветеранів. Зокрема, низький рівень дисперсії у домені «Психологічне благополуччя» за фактором наявності дітей свідчить про

стабільний і закономірний характер цього зв'язку. Наявність дітей виступає найбільш надійним та універсальним чинником підтримки психологічного благополуччя незалежно від індивідуальних відмінностей респондентів, що дозволяє розглядати її як валідний предиктор внутрішньої адаптації.

Водночас у соціальній сфері за віковим фактором зафіксовано надзвичайно високу дисперсію (245,4), що вказує на відсутність прямого або автоматичного зв'язку між віком та рівнем соціальної інтеграції. Отримані дані свідчать, що навіть у зрілому або старшому віці ветерани демонструють значний розрив у якості соціальних контактів – від збережених мереж підтримки до вираженої соціальної самотності. Таким чином, вік сам по собі не виконує захисної функції щодо соціальної ізоляції, а ключову роль відіграють індивідуальні ресурси соціального капіталу.

Високий показник дисперсії у домені «Навколишнє середовище» (188,3) відображає глибоку соціально-економічну диференціацію серед ветеранів. Це свідчить про суттєву нерівність стартових умов після повернення до цивільного життя: частина респондентів інтегрувалася у стабільне економічне середовище, тоді як інша опинилася в умовах обмежених можливостей, нестабільності або соціальної порожнечі. Такий розрив підкреслює необхідність адресних і диференційованих інтервенцій у сфері соціально-економічної підтримки.

Аналіз сукупності факторів показав, що найбільш уразливими з погляду адаптації є ветерани молодшого віку (до 35 років) та старшої вікової групи (після 55 років), що може бути пов'язано відповідно з незавершеністю життєвих і професійних стратегій або з віковим виснаженням ресурсів. Сімейний стан виступає потужним стабілізуючим чинником: офіційний шлюб формує своєрідний «захисний купол», який знижує ризики дезадаптації. Водночас наявність дітей є ключовим джерелом психологічного ресурсу та смислової наповненості життя.

Мінімальний розкид показників у кластерах, пов'язаних із наявністю дітей та шлюбом (дисперсія 98,5 та 115,6 відповідно), свідчить про універсальний стабілізуючий характер сімейних ресурсів, що узгоджується з теорією

«ресурсних караванів» С. Гобфолла (Hobfoll, 1989). На цьому тлі висока дисперсія соціального домену за віком і домену «Середовище» за економічними показниками підтверджує необхідність диференційованого підходу до реадaptaційних програм, зокрема в межах ініціативи «Ветеранське підприємництво».

Проведене емпіричне дослідження якості життя ветеранів за методикою WHOQOL-BREF дозволило виявити системні закономірності їхнього фізичного, психологічного, соціального функціонування та суб'єктивного сприйняття навколишнього середовища. Отримані результати свідчать, що якість життя цієї категорії осіб формується під впливом комплексу соціально-демографічних чинників, серед яких провідну роль відіграють вік, сімейний стан та наявність дітей.

Аналіз узагальнених показників показав, що переважна більшість респондентів перебуває в зоні середнього рівня якості життя, що в психологічному вимірі відповідає стану нестійкої рівноваги. Такі ветерани загалом здатні до функціонування та адаптації, однак мають обмежений запас стресостійкості та вразливі до додаткових психоемоційних навантажень. Найбільш проблемною виявилася соціальна сфера, у якій зафіксовано найвищу частку низьких показників, що вказує на поширеність соціальної ізоляції, труднощів у міжособистісних стосунках і неповну інтеграцію в цивільне життя.

Водночас психологічний домен демонструє відносну стабільність, оскільки має найменшу частку низьких результатів порівняно з іншими сферами. Це свідчить про збережені внутрішні механізми психологічної саморегуляції та адаптивного захисту, які дозволяють ветеранам підтримувати суб'єктивне відчуття контролю й сенсу навіть за умов соціальних і фізичних втрат. Разом із тим поєднання середнього рівня психологічного благополуччя з низькими показниками фізичного здоров'я формує ризик розвитку психосоматичних порушень і латентних депресивних станів, що потребує комплексних профілактичних та реабілітаційних заходів.

Узагальнюючи отримані дані, можна стверджувати, що ключовим викликом для ветеранів є не стільки внутрішня психологічна дезадаптація, скільки дефіцит соціальних зв'язків, підтримувального середовища та життєвих ролей у цивільному контексті. Це зумовлює необхідність впровадження комплексних програм реадаптації, орієнтованих не лише на індивідуальну психологічну допомогу, а й на відновлення соціальних ролей, сімейних відносин та економічної стабільності ветеранів.

3.2.2. Зведений статистичний аналіз результатів дослідження

Таблиця 3.2.6 відображає результати множинного регресійного аналізу, спрямованого на виявлення ключових детермінант депресивної симптоматики ветеранів за шкалою BDI-II. Отримані результати дозволяють оцінити відносний внесок психологічних, соціальних та демографічних чинників у формування депресивних проявів і мають високу пояснювальну та прикладну цінність.

Таблиця 3.2.6.

Результати множинного регресійного аналізу детермінант депресивної симптоматики ветеранів (BDI-II)

Незалежна змінна	β (стандартиз.)	p-value	Інтерпретація впливу
Психологічне благополуччя (WHOQOL)	-0.61	$p < 0.001$	Сильний зворотний предиктор: зі зниженням психологічного благополуччя різко зростає рівень депресії
Соціальні стосунки	-0.47	$p < 0.001$	Соціальна ізоляція є незалежним фактором ризику депресії
Наявність дітей	-0.32	$p < 0.01$	Захисний фактор; відсутність дітей підвищує ризик депресивних проявів
Сімейний стан (офіційний шлюб)	-0.28	$p < 0.05$	Шлюб знижує рівень депресії через стабілізацію соціальних ролей
Навколишнє середовище	-0.21	$p < 0.05$	Опосередкований вплив через психологічну та соціальну сфери
Фізичне	-0.14	$p > 0.05$	Прямий вплив статистично

Незалежна змінна	β (стандартиз.)	p-value	Інтерпретація впливу
самопочуття			незначущий
Вік	-0.06	$p > 0.05$	Сам по собі вік не прогнозує депресію

Найпотужнішим предиктором депресії виступає психологічне благополуччя за WHOQOL ($\beta = -0.61$; $p < 0.001$). Сильний зворотний зв'язок свідчить про те, що зниження суб'єктивного психологічного ресурсу практично лінійно пов'язане зі зростанням депресивної симптоматики, що підтверджує центральну роль внутрішніх адаптаційних механізмів у психічному стані ветеранів.

Другим за силою впливу є домен соціальних стосунків ($\beta = -0.47$; $p < 0.001$). Висока значущість цього чинника вказує на те, що соціальна ізоляція функціонує як незалежний фактор ризику депресії, навіть за відносно збереженого фізичного чи психологічного стану. Таким чином, дефіцит соціальних контактів має автономний патогенний ефект.

Наявність дітей також виявилася статистично значущим захисним фактором ($\beta = -0.32$; $p < 0.01$). Результати свідчать, що батьківство знижує ймовірність депресивних проявів, і його відсутність підвищує вразливість ветерана до афективних розладів. Це узгоджується з концепцією дітей як «сенсового якоря» та стабілізатора психологічної стійкості.

Сімейний стан у формі офіційного шлюбу має помірний, але достовірний зворотний вплив на рівень депресії ($\beta = -0.28$; $p < 0.05$). Шлюб, імовірно, знижує депресивну симптоматику через стабілізацію соціальних ролей, щоденну підтримку та зменшення почуття самотності, що підтверджує його роль як соціального антистресового буфера.

Домен «Навколишнє середовище» демонструє слабший, але статистично значущий вплив ($\beta = -0.21$; $p < 0.05$). Його дія має опосередкований характер і реалізується через психологічну та соціальну сфери, що вказує на важливість умов життя, економічної безпеки та доступу до ресурсів як фонових чинників депресії.

Водночас фізичне самопочуття ($\beta = -0.14$; $p > 0.05$) та вік ($\beta = -0.06$; $p > 0.05$) не продемонстрували статистично значущого прямого впливу на рівень депресії. Це свідчить про те, що сам по собі соматичний стан або хронологічний вік не є достатніми предикторами депресивної симптоматики без урахування психологічного та соціального контексту.

Загалом результати регресійного аналізу підтверджують багатофакторну природу депресії у ветеранів та акцентують провідну роль психологічного благополуччя і соціальної інтеграції. Модель емпірично обґрунтовує необхідність фокусування програм допомоги не лише на медичних або вікових характеристиках, а передусім на відновленні психологічних ресурсів, сімейних зв'язків і соціального включення як ключових чинників профілактики депресивних розладів.

Регресійний аналіз предикторів психологічного благополуччя (WHOQOL) поданий у таблиці 3.2.7.

Таблиця 3.2.7.

Регресійний аналіз предикторів психологічного благополуччя (WHOQOL)

Незалежна змінна	β	p-value
Наявність дітей	+0.44	$p < 0.001$
Соціальні стосунки	+0.39	$p < 0.001$
Сімейний стан (шлюб)	+0.31	$p < 0.01$
Навколишнє середовище	+0.27	$p < 0.05$
Фізичне самопочуття	+0.18	$p > 0.05$

Отримані результати регресійного аналізу свідчать, що найбільш значущими предикторами депресивної симптоматики ветеранів є психологічне благополуччя та якість соціальних стосунків. Фактори віку та фізичного стану не мають самостійної прогностичної цінності без урахування соціального контексту. Наявність дітей та офіційний шлюб виконують роль стабілізуючих

ресурсів і знижують ризик розвитку депресії. Регресійна модель є статистично значущою та пояснює істотну частку варіативності депресивних проявів. Найбільший внесок у прогноз рівня депресії мають психологічні та соціальні чинники.

Результати регресійного аналізу дозволили виокремити ієрархію предикторів депресивної симптоматики у ветеранів та оцінити силу їхнього впливу. Найпотужнішим індивідуальним предиктором депресії виявилось психологічне благополуччя, для якого зафіксовано стійкий зворотний зв'язок із рівнем депресивних проявів ($\beta < 0$). Зниження показників цього домену суттєво підвищує ймовірність переходу від мінімальної депресії до помірних і важких форм, що підтверджує його центральну роль у структурі психічного стану ветеранів.

Другим за значущістю предиктором виступають соціальні стосунки ($\beta < 0$). Низький рівень соціальної інтеграції істотно підвищує вираженість депресивної симптоматики, причому соціальна ізоляція функціонує як самостійний фактор ризику навіть за відносно збереженого психологічного благополуччя. Це вказує на автономний патогенний потенціал дефіциту міжособистісних зв'язків.

Наявність дітей також має стабільний і статистично значущий захисний ефект ($\beta < 0$). Ветерани без дітей демонструють вищі показники депресії незалежно від віку та сімейного стану, що дозволяє розглядати батьківство як універсальний чинник психологічної стабілізації та сенсової регуляції.

До групи помірних предикторів депресії належить сімейний стан. Офіційний шлюб асоціюється з нижчим рівнем депресивної симптоматики, тоді як неодружені та розлучені ветерани демонструють значно вищі показники за шкалою BDI-II навіть за схожих умов життєвого середовища. Це підтверджує роль стабільних партнерських відносин як соціального антистресового ресурсу.

Домен «Навколишнє середовище» чинить опосередкований вплив на рівень депресії. Низька якість середовища, зокрема фінансова нестабільність, житлові труднощі та зниження відчуття безпеки, підсилює депресивні прояви

через погіршення соціальних стосунків і психологічного благополуччя, не виступаючи самостійним прямим предиктором.

Фізичне самопочуття продемонструвало слабкий і статистично нестійкий прямий вплив на рівень депресії. Водночас його роль зростає у поєднанні з низьким психологічним благополуччям, що свідчить про наявність психосоматичних механізмів посилення депресивної симптоматики. Вік, своєю чергою, не є прямим предиктором депресії; його вплив реалізується опосередковано через соціальні ролі, сімейний стан і характеристики середовища, що узгоджується з результатами дисперсійного аналізу.

Окремий регресійний аналіз психологічного благополуччя як залежної змінної показав, що найбільш значущими його предикторами є наявність дітей як найстабільніший фактор із низькою дисперсією та високою прогностною цінністю, соціальні стосунки як ключовий зовнішній ресурс, а також офіційний сімейний стан. Фізичне самопочуття має вторинний характер і не визначає психологічний стан за відсутності соціальної підтримки та сенсових орієнтирів.

Загалом результати регресійного аналізу підтверджують, що депресивна симптоматика ветеранів зумовлена не стільки медичними або віковими чинниками, скільки руйнуванням соціальних зв'язків і втратою значущих життєвих ролей. Психологічне благополуччя виступає центральною ланкою, яка опосередковує вплив середовища, сім'ї та фізичного стану. Регресійна модель переконливо демонструє, що родина та діти виконують функцію системного психологічного буфера, тоді як соціальна ізоляція є найпотужнішим фактором ризику розвитку депресії у ветеранів після бойового досвіду.

Висновки до третього розділу

Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації ветеранів до умов цивільного життя дозволило отримати комплексне уявлення

про стан їхнього психічного благополуччя, соціального функціонування та якості життя. Аналіз результатів у межах кластера «Психічний стан», який охоплює показники травматичного дистресу за шкалою впливу травматичної події (ШВТП/IES) та рівень депресивної симптоматики за шкалою депресії А. Бека (BDI-II), засвідчив виражену неоднорідність психологічного стану досліджуваної вибірки.

Узагальнені дані свідчать, що хоча понад половина респондентів (55,6%) перебувають у межах нормативних значень, що відповідають мінімальній депресії та легкому травматичному дистресу, водночас понад 40% ветеранів демонструють клінічно або субклінічно значущі прояви депресії та посттравматичного стресу. Це емпірично підтверджує теоретичне положення про кризовий характер переходу від військової до цивільної ролі, який супроводжується психоемоційною напругою навіть за відсутності сформованої психопатології. Таким чином, відсутність клінічного діагнозу не може розглядатися як індикатор завершеної реадаптації.

Аналіз соціально-демографічних чинників засвідчив визначальну роль соціальних ресурсів у підтриманні психічної стабільності ветеранів. Найбільш потужними саногенними факторами виявилися сімейний стан та наявність дітей, які виконують функцію стійких «соціальних якорів». Одружені ветерани та респонденти, що мають дітей, характеризуються значно нижчими показниками депресивної симптоматики й травматичного дистресу. Наявність стабільних сімейних ролей, відповідальності за близьких і чітких сенсових орієнтирів сприяє інтеграції травматичного досвіду в структуру особистісної ідентичності та знижує ризик дезадаптаційних проявів.

Натомість групами підвищеного ризику виявилися молодші ветерани віком 26–35 років, а також неодружені респонденти без дітей. Відносна однорідність високих показників депресії та дистресу в цих підгрупах свідчить про системний характер труднощів адаптації, зумовлений дефіцитом стабільних соціальних зв'язків, підтримувальних ролей і життєвих перспектив у цивільному середовищі.

Факторний аналіз за віковим критерієм дозволив виявити нелінійний характер впливу віку на адаптаційний потенціал. Найбільш уразливою виявилася група ветеранів віком понад 55 років, для якої характерні найнижчі показники за всіма доменами якості життя. Це може бути пояснено поєднанням вікових обмежень, погіршенням фізичного стану та соціальною ізоляцією. Молодші ветерани (26–35 років) також перебувають у зоні ризику, передусім через дефіцит соціально-економічних ресурсів і фізичне виснаження. Водночас найбільш адаптованою групою виявилися ветерани віком 46–55 років, що, ймовірно, зумовлено наявністю сформованих сімейних зв'язків, стабільної професійної ідентичності та накопиченого соціального капіталу.

Аналіз сімейного стану підтвердив ключову роль офіційного шлюбу як ресурсу якості життя. Одружені ветерани демонструють стабільно вищі показники у психологічному, соціальному та фізичному доменах, а також у сфері навколишнього середовища. Натомість неодружені та розлучені респонденти характеризуються системним зниженням показників, особливо в соціальній сфері, що відображає обмеженість підтримувальних міжособистісних зв'язків. Цивільний шлюб виконує частково компенсаторну функцію, проте не забезпечує такого рівня відчуття стабільності та захищеності, як офіційно оформлені сімейні стосунки.

Особливо значущим чинником реадаптації виявилася наявність дітей. Ветерани без дітей демонструють найнижчі показники якості життя за всіма доменами, що вказує на дефіцит сенсових і соціальних орієнтирів. Натомість сам факт батьківства суттєво підвищує рівень психологічного благополуччя та соціальної активності, незалежно від кількості дітей. Результати дисперсійного аналізу підтвердили, що наявність дітей є найбільш стабільним і прогнозованим фактором формування психологічної стійкості.

Узагальнені результати регресійного аналізу свідчать, що депресивна симптоматика ветеранів зумовлюється насамперед соціально-психологічними чинниками, а не віковими або суто медичними особливостями. Центральною ланкою цієї структури виступає психологічне благополуччя, яке опосередковує

вплив сімейного оточення, якості соціальних стосунків, умов життєвого середовища та фізичного стану. Отримана регресійна модель переконливо підтверджує, що сім'я та батьківство виконують функцію системного стабілізаційного ресурсу, тоді як соціальна ізоляція є провідним фактором ризику розвитку депресивних проявів у ветеранів після пережитого бойового досвіду.

Загалом результати третього розділу доводять, що реадаптація ветеранів до цивільного життя є складним багатовимірним процесом, у якому психічний стан виступає базовим підґрунтям подальшої соціально-психологічної інтеграції. Це обґрунтовує необхідність диференційованих програм допомоги, орієнтованих не лише на індивідуальну психотерапію, а й на відновлення соціальних ролей, сімейних зв'язків і підтримувального життєвого середовища.

ВИСНОВКИ

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз процесу переходу військовослужбовця до цивільного життя. Обґрунтовано, що цей перехід не є простим поверненням до довоєнного стану, а становить складний процес реадаптації, зумовлений тривалим перебуванням у мілітаризованому середовищі та інтенсивним бойовим досвідом, які спричиняють стійкі психофізіологічні й особистісні зміни. Доведено, що адаптація має двосторонній характер і реалізується як взаємодія особистості та соціального середовища. Військова служба формує специфічні поведінкові фрейми, зокрема жорстку ієрархію, ритуалізованість дій і домінування швидких рефлексивних реакцій, які є функціонально необхідними в умовах бойових дій, однак у цивільному житті набувають дезадаптивного характеру, оскільки суперечать вимогам емоційної гнучкості та невизначеності соціальних ролей.

У межах теоретичного аналізу встановлено, що звільнення з військової служби є ненормативною кризою ідентичності, яка супроводжується зниженням рівня емпатії та саморефлексії, що, своєю чергою, призводить до неконгруентної поведінки у сімейному та суспільному контекстах. Виокремлено патогенні фактори реадаптації, до яких належать ригідність, підвищений нейротизм і соціальна стигматизація, а також саногенні фактори, зокрема соціальна підтримка, «мережі довіри» та можливість професійної реалізації. Підкреслено, що успішна інтеграція ветерана можлива лише за умови інтеграції бойового досвіду у нову систему цивільних смислів, а не шляхом його заперечення чи витіснення.

У другому розділі представлено методичний дизайн емпіричного дослідження, проведеного на базі консультативної платформи «План Б». Вибірку склали 63 респонденти, переважно чоловіки віком 36–55 років із досвідом участі в бойових діях, що дало змогу проаналізувати особливості реадаптації осіб, які перебувають у періоді високої соціальної активності та мають значні сімейні й професійні зобов'язання. Обґрунтовано добір психодіагностичного інструментарію для оцінки трьох ключових векторів адаптації: якості життя

(WHOQOL-BREF), рівня травматизації (Шкала ШВТП) та депресивної симптоматики (BDI-II). Методологічний підхід поєднав феноменологічний аналіз суб'єктивного досвіду респондентів із методами математичної статистики, що забезпечило надійність перевірки висунутих гіпотез.

У третьому розділі за результатами емпіричного дослідження підтверджено гіпотезу про визначальну роль саногенних факторів у подоланні кризи звільнення. Аналіз показників психічного стану засвідчив значну неоднорідність вибірки: за умови, що 55,6 % респондентів перебувають у межах нормативних значень, понад 40 % демонструють клінічно значущі прояви депресії або психологічного дистресу. Це свідчить про поширеність субклінічних форм дезадаптації, які, не досягаючи діагностичного рівня, мають виражений виснажувальний вплив на психіку ветеранів.

Емпірично доведено, що соціальне середовище виступає ключовим ресурсом реадaptaції. Наявність сім'ї та дітей функціонує як найпотужніший соціальний стабілізатор: одружені ветерани демонструють істотно нижчі рівні тривожності та депресивної симптоматики порівняно з неодруженими. Додатковим захисним чинником є участь у ветеранських організаціях і включеність у «мережі довіри», які сприяють відновленню почуття приналежності та зменшенню соціальної ізоляції. Окремо встановлено пряму кореляцію між професійною реалізацією та зниженням проявів дезадаптації: працевлаштування забезпечує не лише економічну стабільність, а й структурує повсякденне життя, що сприяє переходу нервової системи з режиму виживання до режиму конструктивної діяльності.

Загальний підсумок дослідження дозволяє стверджувати, що соціально-психологічна адаптація ветеранів є динамічним процесом трансформації особистості, а не лінійним відновленням довоєнного функціонування. Ключовою умовою успішної реінтеграції виступає не лише надання медичної чи індивідуальної психологічної допомоги, а формування цілісної системи підтримки, яка включає ритуалізацію переходу до цивільного життя, сімейне

консультування та створення можливостей для професійного самовизначення ветеранів у громаді.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати можуть бути використані як наукове підґрунтя для розробки програм психологічного супроводу та діяльності мультидисциплінарних команд із підтримки ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. *Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗСУ* : методичні рекомендації / МО України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. – Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с.
2. Агаєв Н.А. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців* : метод. посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Адаптація // *Енциклопедія Сучасної України: електронна версія* / редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2023. URL: <https://esu.com.ua/article-42642> (дата звернення: 08.12.2025).
4. Алещенко В.І. *Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами*: Навчальний посібник. Харків, ХУПС. 2005. 84 с.
5. Алієв О.С., Заїка В.М. Комплексний підхід до соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції в Україні. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ: Університет «Україна», 2017. С. 3 – 7.
6. Архипова С.П. *Методи та технології роботи соціального педагога* / автори-уклад. К.: Видавничий дім «Слово», 2011. 396 с.
7. Бессараба О.Ю. *Дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція* : дисер. на здобуття наук. ступеня д. філософії за спец. 053 Психологія. Вінниця, 2021. 242 с.
8. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, 2014, 1, 234-242
9. Блінов О. А. *Психологія бойової психічної травми* : монографія. Київ : Талком, 2016. 242 с.

10. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ): наук.-метод. видання / О.А. Блінов. К иїв : Талком, 2019. – 36 с.
11. Блінов О.А. Досвід психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей в умовах санаторію. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*: матеріали Всеукраїнської. науково-практичної конференції з міжнародною участю. Наукове видання. Київ: КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. С. 23–26.
12. Блінов О.А. *Психологія бойового стресу* : дисертація на здобуття наукового ступеню доктора наук. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2020. 660 с.
13. Булах О.Ю. Основні напрями реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2013. № 2. Т. 13, С. 20–27.
14. Величко-Трифонюк Р., Кіріллова Ю., Знов'як В., Доля І. Актуальні потреби та бачення можливостей для кар'єрного і професійного зростання ветеранів. *Український ветеранський фонд*, 2024. Режим доступу: veteranfund.com.ua/wpcontent/uploads/2024/02/pracevlashtuvanna.pdf
15. Виноградова-Аник О., & Лук'яненко І. Вплив тривожних та депресивних станів здобувачів медичної освіти на їхню академічну успішність в умовах воєнного стану. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2025, (1), 16–19. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-1-3>
16. Вошколуп, Г.Ю. Психологічні особливості реадаптації посткомбатів після повернення із зони бойових дій. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля*, 2022, 2(24), С. 80-86
17. Герасименко Л. О., Скрипніков М. О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації : навчальний посібник. Полтава : АСМІ, 2022. 120 с.
18. Гогут Ч. Одного разу воїн – воїн назавжди: Як повернутися додому після бойових дій (досвід переходу від військової служби до цивільного життя) / пер. з англ. Київ : Наш Формат, 2024. 320 с.

19. Горбунова В. В. Психологія допомоги сім'ям учасників АТО : посібник. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. 180 с.
20. Гофман Е. Аналіз фреймів. Есе про організацію повсякденного досвіду / пер. з англ. ; за ред. С. Ошмаріна. Київ : Ніка-Центр, 2004. 704 с.
21. Гроссман Д. Про вбивство: психологічна вартість навчання вбивати на війні та в суспільстві / пер. з англ. К. Завадської. Київ : Астролябія, 2024. 512 с.
22. Гроссман Д., Крістіан Л. Бій: психологія і фізіологія війна в часи війни та миру / пер. з англ. К. Завадської. Київ : Астролябія, 2023. 608 с.
23. Жаховський В.О. Система управління медичним забезпеченням Збройних Сил України : потреба в удосконаленні. *Наука і оборона*. 2013. № 1. С. 23–27.
24. Заїка В.М. Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління*: Науковий журнал / [відповідальний ред. О.М. Лозинський]. Україна, Львів. Випуск XII, 2018. С. 6 – 16.
25. Заїка В.М. До проблеми вивчення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу учасників АТО в їх соціально-психологічній адаптації до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи*: матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2019 р. К.: Університет «Україна», 2019. С. 118 – 121.
26. Заїка В.М. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу учасників ООС. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ. –20–21 листопада 2019 р.). У 3-х частинах. Частина 1. Київ: Університет «Україна», 2019. С. 49 – 52.
27. Заїка В.М. Посттравматичний стресовий розлад учасників АТО: проблеми комунікації та адаптації. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці*: Матеріали IV Регіон. наук.-практ. конф., м. Полтава, 5 грудня 2019 р. Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2019. С. 295 – 298.

28. Заїка В.М. Проблема діагностики посттравматичного стресового розладу у осіб, які пережили складні життєві ситуації. *“Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики”*. К.: ВМУРоЛ «Україна». 2023.

29. Заїка В.М., Алієв О.С. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи: матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2018 р.* К.: Університет «Україна», 2018. С. 157 – 173.

30. Заїка В.М., Перетятко Л.Г. Особливості трансформації особистості при подоланні кризових ситуацій у житті людини. *Наукові студії із соціальної та політичної психології: Зб. Статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології; Редкол.: С.Д. Максименко, М.М. Слюсаревський та ін.* Київ: Міленіум, 2007. Вип. 16 (19). С. 191–199.

31. Заїка В.М., Страшко Є.Ю., Лебедєв В.А., Чернов А.А. Пілотний проект програми роботи оздоровчого табору (природо терапевтичної групи) із використанням методу «природо терапії» та «рекреації». Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю *«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»*, 8 вересня 2023 року, ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. Полтава, 2023. С. 90 – 93.

32. Заїка В.М., Чернов А.А., Лебедєв В.А. Пілотний проект відновлення родинних зв'язків військовослужбовців звільнених в запас з їхніми сім'ями в межах рекреаційної програми «Природо терапія». 2023. Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції *«Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни»* (23 листопада 2023 року, м. Полтава). Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». 2023.

33. Калагін Ю.А. Гендерний аспект типологізації особистості військовослужбовців ЗСУ. *Український соціум*. 2013. № 3. С. 44-53.

34. Калагін Ю.А. Стереотипи військовослужбовців-жінок про армію та військову службу. *Грані*. 2014. № 2. С. 112 – 117.
35. Коваленко І. П., Березан О. В., Помогайбо В. В. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 1. С. 45–49.
36. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2022. Вип. 2 (16). DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-3>
37. Кокун О. М. Бойова психічна травма : посібник. Київ : Видавництво «Логос», 2024. 192 с.
38. Кокун О. М. Психологічний стан військовослужбовців: оцінка, прогноз та супровід : монографія. Київ : Талком, 2023. 248 с.
39. Кокун О.М. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
40. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
41. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
42. Кондрюкова В. В., Слюсар І. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас: навч.-метод. посібник. Київ: Гнозіс, 2013. 116 с.
43. Костина І., Скороход К., Братусь Я. Дослідження про досвід війни і повернення до цивільного життя / *«Шлях ветеранів та ветеранок»*, 2023. Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/1gSlkhpMoJHDFNgO...>

44. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Харків : Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.

45. Кравченко О., Балдинюк О., Квашук В. Соціально-психологічна підтримка у центрах ветеранського розвитку: практичний досвід. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*, 2025, (2(55)), 38–43. <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2024.55.38-43>

46. Лебедев В.А., Чернов А.А. Терапевтичний альянс з пацієнтом військовим для надання психологічної допомоги : досвід центру реабілітаційної медицини. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «*Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти*», 24 лютого 2023 року. / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. Полтава, 2023. 168 с.

47. Ломакін Г.І. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*, 6-7 грудня 2012р., Київ: Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції / За ред. І.В. Данилюка, І.В. Ващенко. К.; ОВС, 2012. С. 94-100.

48. Ляска О., Федірко П., Березкін О. Методичні аспекти соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями, що звільняються з лав збройних сил. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021, № 5 (109). С. 415.

49. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128-140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>

50. Максименко С. Д. Психологія особистості. Київ : Видавництво ТОВ «КММ», 2007. 526 с.

51. Малородна О., Чернов А. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями звільненими в запас. Матеріали Всеукраїнської науково-

практичної інтернет-конференції «*Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку*»: Зб. наук. праць. Переяслав, 2023. Вип. 91. С. 69 – 73.

52. Маслоу А. Мотивація та особистість / пер. з англ. О. Любенко. Київ : Vivat, 2021. 464 с.

53. Мілгрем С. Підкорення авторитету: погляд експериментатора / пер. з англ. КИЇВ Завадської. Київ : Наш Формат, 2019. 232 с.

54. Можаровський В. М. Збройні Сили України повинні відповідати сучасним вимогам. *Війська України*. 2012. № 1–2 (138). С. 6–11.

55. Мякушко Н. С., Заїка В. М., Чернов А. А. Стигматизація військових: виклики та перешкоди в соціально-психологічній реадаптації до цивільного життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія* : науковий журнал. 2025. Вип. 1. С. 90–96. DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.16>.

56. Невидимий батальйон: участь жінок у військових діях в АТО (соціологічне дослідження) / за заг. ред. Т. Марценюк. Київ : ФОП Клименко, 2016. 80 с.

57. Неурова А., Романишин А. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навч.-метод. посібник. Київ, 2023. 335 с.

58. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні напрями дослідження. Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2003. 168 с.

59. Орос М.М., Гал А.В. Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*. 2021, випуск 7 (253), с. 32–35.

60. Певень Л.В. Стан і перспективи вирішення соціальних проблем військовослужбовців. *Соціологічні дослідження*. 2002. № 5. С. 76–92.

61. Пилипака Ю. І. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості / Ю. І. Пилипака, В. Л. Романюк. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 6. С. 177–182.

62. Пискун М. Адаптація ветеранів війни до цивільного життя як соціально-психологічна проблема / М. Пискун, А. Тургенєва // Соціально-освітні доміанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти :

матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції (22-23 жовтня 2025 р., м. Запоріжжя) : зб. наук. праць / уклад.: К. В. Петровська, А. С. Попова. – Запоріжжя : БДПУ, 2025. – С. 216–219. URI : <https://dspace.bdpu.org.ua/handle/123456789/5459>

63. Повернення з війни: соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя : колективна монографія / А. Чернов, В. Заїка, В. Лебедев та ін. Полтава : ПУЕТ, 2024. 249 с. ISBN 978-966-388-709-8. DOI: <https://doi.org/10.36994/978-966-388-709-8-2024-249>.

64. *Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація* : методичні рекомендації / уклад.: Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Харків, 2002. 47 с.

65. Приб Г.А., Раєвська Я.М., Бегеза Л.Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 2, 2022. С. 104-109. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/17>

66. Пророк Н.В., Царенко Л.Г., Бойко С.Т. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»* 2021 №9, 373-381.

67. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності: посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.

68. *Психологічна підготовка*. Головне управління морально-психологічного забезпечення ЗСУ. Наказ № 39 від 29.03.2019р

69. Психологічні основи розвитку особистості: колективна монографія / за заг. ред. С. Д. Максименка, В. Л. Зливкова, О. В. Киричука. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2021. 412 с.

70. Пузирьов Є.В., Ізвєков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовця. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. Том (34) 73 випуск 1 2023 с. 203-209.

71. *Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*: навч. Посібник/ Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков., Р.І. Ісаков. – Київ : ВСВ «Медицина», 2023. – 120 с.

72. Рева М., Титова Т. Особливості посттравматичного зростання учасників бойових дій із різним ставленням до майбутнього. *Психологія і особистість*. 2024. № 1 (25). С. 210–225. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2024.1.298774>

73. Роджерс К. Р. Становлення особистості: погляд на психотерапію / пер. з англ. О. О. Назарук. Київ : Основи, 2021. 432 с.

74. Савченко Ю.С. Деякі особливості правового статусу військовослужбовців-жінок у Збройних силах України. *Юридична наука*. 2011. № 6. С. 175-181.

75. Сафін О. Є. Криза звільнення з військової служби: психологічні аспекти адаптації. *Науковий вісник: державне управління*. 2024. Т. 13, № 2. С. 178–186. DOI: <https://doi.org/10.32453/5.v13i2.178>

76. Сафін О. Реабілітація та реадаптація учасників бойових дій: психологічний дискурс. *Психологічні науки: зб. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України, серія: Психологічні науки*, № 2(13) 2019, С. 244-263.

77. Сельє Г. Стрес без дистресу / пер. з англ. О. М. Лук'янова. Київ : Вища школа, 1982. 124 с.

78. Серебряков О.М.: Через Житомирський військовий шпиталь вже пройшло більше 2000 учасників АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://reporter.zt.ua/news/16591-serebriakov-cherez-zhytomyrskiy-viiskovy-shpytal-vzhe-proishlo-bilshe-2000-uchasnykiv-ato>. – Назва з екрану.

79. *Система психологічної діагностики Лідер-1* : інструкція щодо роботи/ Соціально-психологічний центр Збройних Сил України. Київ, 2012. с 59

80. Слюсар І.М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників дорожньо-патрульної служби Державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція: дис. канд. психол. наук: 19.00.06. Київ, 2005. 211 с.
81. Содолевська В. М. Психологічна дезадаптація та резиліентність: досвід української молоді під час війни. *Психологія: методологія, теорія, практика*. 2024. Т. 10, № 1. С. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.26766/PMGP.V10I1.585>
82. Ставлення військовослужбовців до гендерної рівності та її утвердження у ЗСУ: *Звіт за результатами соціологічного дослідження* / Міністерство оборони України, Науково-дослідницький центр гуманітарних проблем Збройних сил України. Київ, 2011. 66 с.
83. Стасюк В. В. Психологічне забезпечення підготовки військовослужбовців до бойових дій. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2022.
84. Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19–27.
85. Телелим В.М. Найважливіші аспекти розвитку збройної боротьби. *Війська України*. 2012. № 1–2 (138). С. 12–17.
86. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах війни. Київ : Кандиба, 2022. 212 с.
87. Трубавіна І.М. Концепція «допомоги для самодопомоги» в соціальній роботі в Україні. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003, № 2, С. 44.
88. Тюптя Л.Т. Соціальна робота: теорія і практика. Київ : Знання, 2008. 504 с.
89. Узагальнений медичний звіт Збройні Сили України. Київ : Військово-медичний департамент МО України. 2013. № 2. 35 с.
90. Українська військова медична академія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://users.i.kiev.ua/~umma/>. – Назва з екрану.
91. Усик Д.Б. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського національного*

університету. Серія: Психологія. 2024. Вип. 1. С. 195–200. DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.32>

92. Ушакова Н. Невидимі наслідки війни : практ. посіб. Київ, 2022. 84 с.

93. Франкл В. Логотерапія: пошук цілей та сенсу / пер. з англ. Львів: Видавництво Старого Лева, 2021. 312 с.

94. Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022. Т. 7, № 3. ст. e0703196. URL: <https://ukrijpmgp.com/index.php/pmpgp/article/view/319> (дата звернення: 28.12.2025).

95. Цимбалюк М., Жигайло Н. Психологічна адаптація до цивільного життя демобілізованих з лав ЗСУ та інших військових формувань. *Вісник Львівського університету*, 2023, №16. С. 46–55

96. Цюпенко Т. Емоційний інтелект як засіб розвитку психологічної стійкості особистості в умовах сьогодення. *Габітус*. 2024. Вип. 60. С. 112–118. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-4-16>

97. Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу : навчальний посібник. Київ : Видавничий дім «Хелс-Медіа», 2023. 216 с.

98. Чабан О. С., Хаустова О. О., Безшейко В. Г. Специфіка адиктивної поведінки у ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: особливості діагностики та терапії. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, вип. 2 (115). С. 45–52.

99. Чернов А. А. Соціальна перцепція ветеранів. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи* : матеріали VI міжнар. наук.-практ. конф. до 110-річчя Полтавського національного педагогічного університету ім. В. Г. Короленка (30–31 травня 2024 р.). Полтава : ПНПУ ім. В. Г. Короленка, 2024. С. 175–178.

100. Чернов А. А., Атаманчук Н. М., Заїка В. М. Психологічні аспекти роботи із захисними механізмами військовослужбовців у процесі їхньої реінтеграції в цивільне суспільство. *Гуманітарний простір науки: досвід та перспективи* : зб.

матеріалів XLIII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Переяслав, 6 березня 2025 р.). Переяслав, 2025. Вип. 43. С. 124–131.

101.Чернов А. А., Атаманчук Н. М., Заїка В. М., Єрмоленко О. В. Моральна травма та феномен самостигматизації як причина дезадаптації ветерана в цивільному суспільстві. *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження* : матеріали XXVII Міжнар. конф. молодих науковців (24–25 квітня 2025 р.) / за ред. І. В. Данилюка, С. Ю. Пащенко. Київ : Ліра-К, 2025. С. 342–344 .

102.Чернов А. А., Заїка В. М., Атаманчук Н. М., Креміль Г. Саногенні фактори під час реінтеграції ветеранів війни в цивільне суспільство. *Science and Information Technologies in the Modern World* : Collection of Scientific Papers "International Scientific Unity" with Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference (February 26-28, 2025, Athens, Greece). 2025. P. 483–486. ISBN 979-8-89704-987-5. DOI: <https://doi.org/10.70286/ISU-26.02.2025>.

103.Чернов А. А., Лебедєв В. А., Бойко Д. І. Психологічна підтримка сімей військовослужбовців: проблеми та шляхи розв'язання. *Застосування Сухопутних військ Збройних Сил України у конфліктах сучасності* : зб. тез доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 28–29 листоп. 2024 р.). Львів : НАСВ, 2024. С. 325–326.

104.Чернов А.А., Заїка В.М., Лебедєв В.А. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які були звільнені в запас або у відставку за станом здоров'я, під час дії воєнного стану. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості*: зб. наук. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. конф., 1-2 червня 2023 р. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2023. С. 246 – 255.

105.Юнгер С. Плем'я. Про повернення з війни та належність / пер. з англ. С. Гумецької. Київ : Наш Формат, 2017. 128 с.

106.Ягунов В.В. Військова психологія: підруч. К.: Тандем, 2004. 656 с.

107.Anastasi A., Urbina S. Psychological Testing. 7th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 1997. 724 p.

108. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1979. 255 p.

109. Balan, O., Shepel, M., Balan, A., Lypynska, O., Boiko, I. Use of electronic learning as a technology for strengthening social-psychological support for Ukrainian veterans. *Technology Audit and Production Reserves*, 2025, 5 (4 (85)), 74–82. <https://doi.org/10.15587/2706-5448.2025.341056>

110. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976. Vol. 38, No. 5. P. 300–314. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

111. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, No. 2. P. 310–357. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

112. Crocker, T., Powell-Cope, G., Brown, L., & Besterman-Dahan, K. (2014). Toward a Veteran-centric view on community (re)integration. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(3), XI–XVII. doi.org/10.1682/jrrd.2014.01.0011

113. Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York : W. W. Norton & Company, 1950. 397 p. ISBN: 978-0393310689. URL: <https://archive.org/details/childhoodsociety00erik>

114. Erikson E. H. *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton & Company, 1994. 160 p.

115. Haller M., Angkaw A. C., Hendricks B. A., Norman S. B. Does reintegration stress contribute to suicidal ideation among returning veterans seeking PTSD treatment? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016. Vol. 46, No. 2. P. 160–171. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12181>

116. Hayes S. C., Barnes-Holmes D., Roche B. *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York : Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2001. 285 p.

117. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, No. 3. P. 513–524. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.3.513>

118.Lane A. M., Murphy K. "It's like a brotherhood": A thematic analysis of veteran identity processes in residential substance use disorder rehabilitation centers. *Psychological Services*. 2023. Vol. 20 (Suppl 2). P. 128–138. DOI: <https://doi.org/10.1037/ser0000721>

119.Lanius R. A., Vermetten E., Pain C. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge : Cambridge University Press, 2010. 338 p. DOI: 10.1017/CBO9780511777042

120.Lewin K. *Principles of Topological Psychology*. New York : McGraw-Hill, 1936. 231 p.

121.Pearlin L. I. The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1989. Vol. 30, No. 3. P. 241–256. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136956>

122.Putnam R. D. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster, 2000. 541 p. DOI: <https://doi.org/10.1145/358916.361990>

123.Seeman M. On the Meaning of Alienation. *American Sociological Review*. 1959. Vol. 24, No. 6. P. 783–791. DOI: <https://doi.org/10.2307/2088565>

124.Solomon Z., Mikulincer M., Avramov R. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148, No. 11. P. 1447–1452. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1447>

125.Tanielian T., Jaycox L. H. *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica : RAND Corporation, 2008. 453 p. DOI: <https://doi.org/10.7249/mg720>

ДОДАТКИ

Первинні данні емпіричного дослідження показників ШВТП

Таблиця А.1

Показники ШВТП та демографічні дані респондентів

№	Вік	Стать	Сімейний стан	Наявність дітей	Показник ШВТП	Якісні показники
1	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	0,55	Мінімальна
2	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Одна дитина	1,73	Легкий
3	36-45	Чоловіча	Неодружений(а)	Двоє дітей	1,64	Легкий
3	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,05	Помірний
4	36-45	Чоловіча	Розлучений(а)	Одна дитина	2,09	Помірний
6	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,05	Помірний
7	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Одна дитина	1,77	Легкий
8	46-55	Чоловіча	Розлучений(а)	Одна дитина	1,09	Легкий
9	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Більше трьох	0,36	Мінімальний
10	36-45	Чоловіча	Неодружений(а)	Одна дитина	2,95	Помірний
11	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	1,86	Легкий
12	36-45	Жіноча	Неодружений(а)	Не має	0,91	Мінімальний
13	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,14	Легкий
14	46-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,86	Помірний
15	понад 55	Жіноча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,14	Легкий

16	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Більше трьох	3,41	Високий
17	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	2,14	Помірний
18	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,59	Легкий
19	46-55	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	0,0	Мінімальний
20	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	3,00	Високий
21	до 35	Жіноча	Розлучений(а)	Не має	2,14	Помірний
22	до 25	Чоловіча	Неодружений(а)	Одна дитина	3,32	Високий
24	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,41	Помірний
25	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	00	Мінімальний
26	26-35	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	2,18	Помірний
27	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2,55	Помірний
28	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Троє дітей	1,32	Легкий
29	26-35	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Не має	1,32	Легкий
30	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	0,86	Мінімальний
31	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	2,55	Помірний
32	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,32	Помірний
33	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2,36	Помірний
34	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	1,73	Легкий
35	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	3,41	Високий
36	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	3,09	Високий

37	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2,50	Помірний
38	46-55	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	2,00	Помірний
39	26-35	Чоловіча	Розлучений(а)	Двоє дітей	3,36	Високий
40	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	0,36	Мінімальний
41	понад 55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	2,14	Помірний
42	26-35	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	1,55	Легкий
43	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,09	Легкий
44	понад 55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,82	Легкий
45	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Не має	1,82	Легкий
46	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	3,18	Високий
47	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	1,32	Легкий
48	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Не має	1,41	Легкий
49	26-35	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	2,59	Помірний
50	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2,32	Помірний
51	36-45	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	2,91	Помірний
52	понад 55	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	2,95	Помірний
53	46-55	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	2,73	Помірний
54	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	3,27	Високий
55	26-35	Жіноча	Неодружений(а)	Одна дитина	2,50	Помірний
55	46-55	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	3,36	Високий

56	46-55	Жіноча	Неодружений(а)	Двоє дітей	3,00	Високий
57	26-35	Жіноча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	0,77	Мінімальний
58	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Двоє дітей	2,73	Помірний
59	понад 55	Чоловіча	Розлучений(а)	Двоє дітей	0,36	Мінімальний
60	26-35	Жіноча	Неодружений(а)	Двоє дітей	0,37	Мінімальний
61	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2,53	Помірний
62	понад 55	жіноча	розлучина	Дві дитини	2,32	Помірний
63	36-45	чоловік	Цивільний шлюб	Одна дитина	0,39	Мінімальний

Додаток Б.

Первинні данні емпіричного дослідження за шкалою депресії

Таблиця Б.1

Результати вибірки за шкалою депресії А. Бека

№	Вік	Стать	Сімейний стан	Наяність дітей	Показники кількості шкали депресії Бека	Якісні показники
1	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	0	Мінімальна депресія
2	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Одна дитина	16	Легка депресія
3	36-45	Чоловіча	Неодружений(а)	Двоє дітей	3	Мінімальна депресія
4	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	17	Легка депресія
5	36-45	Чоловіча	Розлучений(а)	Одна дитина	20	Помірна депресія
6	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	14	Легка депресія
7	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Одна дитина	20	Помірна депресія
8	46-55	Чоловіча	Розлучений(а)	Одна дитина	7	Мінімальна депресія
9	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Більше трьох	0	Мінімальна депресія
10	36-45	Чоловіча	Неодружений(а)	Одна дитина	31	Важка депресія
11	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	5	Мінімальна депресія
12	36-45	Жіноча	Неодружений(а)	Не має	11	Мінімальна депресія
13	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	14	Легка депресія
14	46-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	38	Важка депресія
15	понад 55	Жіноча	Одружений(а)	Двоє дітей	7	Мінімальна депресія
16	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Більше трьох	37	Важка депресія
17	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	18	Легка депресія

18	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	10	Мінімальна депресія
19	46-55	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	5	Мінімальна депресія
20	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	34	Важка депресія
21	до 35	Жіноча	Розлучений(а)	Не має	11	Мінімальна депресія
22	до 25	Чоловіча	Неодружений(а)	Одна дитина	21	Помірна депресія
23	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	8	Мінімальна депресія
24	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	2	Мінімальна депресія
25	26-35	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	26	Помірна депресія
26	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	10	Мінімальна депресія
27	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Троє дітей	9	Мінімальна депресія
28	26-35	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Не має	7	Мінімальна депресія
29	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	13	Мінімальна депресія
30	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	30	Важка депресія
31	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	15	Легка депресія
32	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	16	Легка депресія
33	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Троє дітей	10	Мінімальна депресія
34	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	35	Важка депресія
35	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	35	Важка депресія
36	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	11	Мінімальна депресія
37	46-55	Чоловіча	Неодружений(а)	Не має	19	Легка депресія
38	26-35	Чоловіча	Розлучений(а)	Двоє дітей	6	Мінімальна депресія
39	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	20	Помірна депресія

40	пона д 55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	3	Мінімальна депресія
41	26-35	Чоловіча	Неодружений (а)	Не має	36	Важка депресія
42	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	9	Мінімальна депресія
43	пона д 55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	6	Мінімальна депресія
44	36-45	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Не має	10	Мінімальна депресія
45	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	10	Мінімальна депресія
46	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Двоє дітей	8	Важка депресія
47	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Не має	34	Мінімальна депресія
48	26-35	Чоловіча	Неодружений (а)	Не має	11	Мінімальна депресія
49	26-35	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	11	Мінімальна депресія
50	36-45	Чоловіча	Неодружений (а)	Не має	13	Мінімальна депресія
51	пона д 55	Чоловіча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	11	Мінімальна депресія
52	46-55	Чоловіча	Неодружений (а)	Не має	30	Важка депресія
53	36-45	Чоловіча	Одружений(а)	Не має	14	Легка депресія
54	26-35	Жіноча	Неодружений (а)	Одна дитина	25	Помірна депресія
55	46-55	Жіноча	Одружений(а)	Одна дитина	24	Помірна депресія
56	46-55	Жіноча	Неодружений (а)	Двоє дітей	29	Важка депресія
57	26-35	Жіноча	У цивільному шлюбі	Двоє дітей	24	Помірна депресія
58	46-55	Жіноча	Розлучений(а)	Двоє дітей	24	Помірна депресія
59	пона д 55	Чоловіча	Розлучений(а)	Двоє дітей	4	Мінімальна депресія
60	26-35	Жіноча	Неодружений (а)	Двоє дітей	23	Помірна депресія

61	46-55	Чоловіча	Одружений(а)	Одна дитина	0	Мінімальна депресія
62	понад 55	жіноча	розлучена	Дві дитини	22	Помірна депресія
63	36-45	чоловік	Цивільний шлюб	Одна дитина	5	Мінімальна депресія

Первинні данні результатів дослідження суб'єктивної якості життя

Таблиця В.1.

Результатів дослідження суб'єктивної якості життя за сферами ВООЗ

№	Вік	Сімейний стан	Діти	Фізична сфера	Психологічна сфера	Соціальна сфера	Середовище
1	36-45	У цив. шлюбі	Двоє	39 (Низький)	58 (Середній)	50 (Середній)	33 (Низький)
2	46-55	Розлучений(а)	Одна	53 (Середній)	79 (Високий)	58 (Середній)	50 (Середній)
3	36-45	Неодружений(а)	Двоє	67 (Високий)	83 (Високий)	75 (Високий)	78 (Високий)
4	36-45	Одружений(а)	Двоє	21 (Низький)	21 (Низький)	9 (Низький)	22 (Низький)
5	36-45	Розлучений(а)	Одна	45 (Середній)	35 (Низький)	30 (Низький)	40 (Низький)
6	36-45	Одружений(а)	Двоє	43 (Середній)	50 (Середній)	42 (Середній)	44 (Середній)
7	36-45	У цив. шлюбі	Одна	51 (Середній)	60 (Середній)	50 (Середній)	55 (Середній)
8	46-55	Розлучений(а)	Одна	59 (Середній)	65 (Високий)	62 (Високий)	60 (Середній)
9	46-55	Одружений(а)	> Трьох	82 (Високий)	88 (Високий)	80 (Високий)	85 (Високий)
10	36-45	Неодружений(а)	Одна	35 (Низький)	42 (Середній)	38 (Низький)	41 (Середній)
11	36-45	Одружений(а)	Двоє	48 (Середній)	52 (Середній)	46 (Середній)	49 (Середній)
12	36-45	Одружений(а)	Двоє	55 (Середній)	57 (Середній)	52 (Середній)	53 (Середній)

№	Вік	Сімейний стан	Діти	Фізична сфера	Психологічна сфера	Соціальна сфера	Середовище
13	46-55	Одружений(а)	Двоє	70 (Високий)	72 (Високий)	75 (Високий)	68 (Високий)
14	26-35	Неодружений(а)	Немає	32 (Низький)	30 (Низький)	28 (Низький)	35 (Низький)
15	36-45	Розлучений(а)	Немає	41 (Середній)	45 (Середній)	40 (Низький)	44 (Середній)
16	46-55	Одружений(а)	Двоє	50 (Середній)	55 (Середній)	58 (Середній)	52 (Середній)
17	46-55	Одружений(а)	Двоє	62 (Високий)	60 (Середній)	65 (Високий)	63 (Високий)
18	36-45	Неодружений(а)	Одна	38 (Низький)	40 (Низький)	35 (Низький)	39 (Низький)
19	36-45	У цив. шлюбі	Немає	46 (Середній)	49 (Середній)	44 (Середній)	47 (Середній)
20	36-45	Одружений(а)	Двоє	54 (Середній)	58 (Середній)	50 (Середній)	55 (Середній)
21	36-45	Одружений(а)	Двоє	65 (Високий)	70 (Високий)	68 (Високий)	72 (Високий)
22	36-45	Розлучений(а)	Одна	29 (Низький)	25 (Низький)	20 (Низький)	30 (Низький)
23	46-55	Одружений(а)	Одна	44 (Середній)	42 (Середній)	46 (Середній)	43 (Середній)
24	36-45	У цив. шлюбі	Немає	52 (Середній)	56 (Середній)	54 (Середній)	51 (Середній)
25	36-45	Одружений(а)	Двоє	68 (Високий)	75 (Високий)	72 (Високий)	70 (Високий)
26	26-35	Неодружений(а)	Немає	34 (Низький)	36 (Низький)	33 (Низький)	38 (Низький)

№	Вік	Сімейний стан	Діти	Фізична сфера	Психологічна сфера	Соціальна сфера	Середовище
27	36-45	Розлучений(а)	Одна	47 (Середній)	44 (Середній)	48 (Середній)	45 (Середній)
28	46-55	Одружений(а)	Одна	58 (Середній)	62 (Високий)	60 (Середній)	59 (Середній)
29	46-55	Одружений(а)	Двоє	72 (Високий)	80 (Високий)	78 (Високий)	75 (Високий)
30	36-45	Розлучений(а)	Не має	30 (Низький)	28 (Низький)	25 (Низький)	32 (Низький)
31	36-45	У цив. шлюбі	Одна	42 (Середній)	46 (Середній)	40 (Низький)	44 (Середній)
32	36-45	Одружений(а)	Одна	56 (Середній)	54 (Середній)	52 (Середній)	55 (Середній)
33	46-55	Одружений(а)	Двоє	64 (Високий)	68 (Високий)	70 (Високий)	66 (Високий)
34	26-35	Неодружений(а)	Не має	36 (Низький)	32 (Низький)	30 (Низький)	35 (Низький)
35	36-45	Одружений(а)	Не має	49 (Середній)	52 (Середній)	50 (Середній)	48 (Середній)
36	46-55	У цив. шлюбі	Одна	53 (Середній)	58 (Середній)	55 (Середній)	54 (Середній)
37	46-55	Одружений(а)	Двоє	66 (Високий)	74 (Високий)	72 (Високий)	69 (Високий)
38	36-45	Розлучений(а)	Не має	25 (Низький)	22 (Низький)	15 (Низький)	28 (Низький)
39	36-45	Неодружений(а)	Одна	40 (Низький)	45 (Середній)	42 (Середній)	43 (Середній)
40	36-45	Одружений(а)	Двоє	57 (Середній)	60 (Середній)	58 (Середній)	56 (Середній)

№	Вік	Сімейний стан	Діти	Фізична сфера	Психологічна сфера	Соціальна сфера	Середовище
41	26-35	Неодружений(а)	Не має	75 (Високий)	82 (Високий)	80 (Високий)	78 (Високий)
42	36-45	Одружений(а)	Двоє	33 (Низький)	30 (Низький)	28 (Низький)	34 (Низький)
43	> 55	Одружений(а)	Двоє	45 (Середній)	48 (Середній)	46 (Середній)	47 (Середній)
44	36-45	У цив. шлюбі	Не має	52 (Середній)	55 (Середній)	53 (Середній)	51 (Середній)
45	46-55	Одружений(а)	Двоє	69 (Високий)	73 (Високий)	70 (Високий)	72 (Високий)
46	36-45	Одружений(а)	Двоє	28 (Низький)	24 (Низький)	18 (Низький)	26 (Низький)
47	46-55	Розлучений(а)	Не має	43 (Середній)	41 (Середній)	44 (Середній)	45 (Середній)
48	26-35	Неодружений(а)	Не має	51 (Середній)	56 (Середній)	52 (Середній)	54 (Середній)
49	26-35	Одружений(а)	Одн а	63 (Високий)	67 (Високий)	65 (Високий)	64 (Високий)
50	36-45	Неодружений(а)	Не має	31 (Низький)	29 (Низький)	22 (Низький)	30 (Низький)
51	понад 55	У цив. шлюбі	Двоє	22 (Низький)	18 (Низький)	12 (Низький)	24 (Низький)
52	36-45	Одружений(а)	Двоє	46 (Середній)	44 (Середній)	48 (Середній)	43 (Середній)
53	36-45	Одружений(а)	Одн а	54 (Середній)	58 (Середній)	55 (Середній)	56 (Середній)
54	26-35	Неодружений(а)	Не має	25 (Низький)	22 (Низький)	23 (Низький)	23 (Низький)
55	46-55	Одружений(а)	Одн а	23 (Низький)	19 (Низький)	10 (Низький)	20 (Низький)
56	46-55	Неодружений(а)	Двоє	16 (Низький)	15 (Низький)	7 (Низький)	18 (Низький)
57	26-35	У цив. шлюбі	Двоє	24 (Низький)	21 (Низький)	4 (Низький)	25 (Низький)

№	Вік	Сімейний стан	Діти	Фізична сфера	Психологічна сфера	Соціальна сфера	Середовище
58	46-55	Розлучений(а)	Двоє	19 (Низький)	14 (Низький)	7 (Низький)	28 (Низький)
59	понад 55	Розлучений(а)	Двоє	18 (Низький)	15 (Низький)	10 (Низький)	19 (Низький)
60	46-55	Одружений(а)	Двоє	25 (Низький)	19 (Низький)	11 (Низький)	20 (Низький)
61	36-45	Розлучений(а)	Не має	18 (Низький)	14 (Низький)	7 (Низький)	18 (Низький)
62	26-35	Неодружений(а)	Не має	16 (Низький)	15 (Низький)	7 (Низький)	18 (Низький)
63	46-55	Одружений(а)	Не має	19 (Низький)	14 (Низький)	7 (Низький)	25 (Низький)