

8. Титаренко Т. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології*. Вип. 5 (19). С. 3–10.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-570-2-112>

**Макаров О. М.,**

*аспірант за спеціальністю 053 – Психологія*

*Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського  
м. Київ, Україна*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ З БОЙОВИМИ ТРАВМАМИ**

Сучасний перебіг війни поставив перед Україною завдання не лише забезпечення своєчасної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, а й розбудови стійкої системи психологічної реабілітації та соціальної реінтеграції ветеранів. Психологічні наслідки бойових дій є багатовимірними: вони охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні компоненти адаптації, що взаємо підсилюються з біологічними наслідками травми (від контузій до ампутацій). В цих умовах ключовим стає не фрагментарне симптоматичне лікування, а міждисциплінарний підхід, що поєднує доказові психотерапевтичні протоколи, тривалий супровід, роботу з родиною та громадами, а також професійну переорієнтацію як засіб відновлення суб'єктності й життєвих перспектив. Потреба у системних рішеннях підтверджується і профільними українськими дослідженнями медичної реабілітації військових, які підкреслюють значний прогнозований обсяг допомоги відповідно до структури бойової травми, а отже – необхідність стандартизації маршрутів пацієнта та розбудови сервісів на всіх рівнях допомоги.

Загальна картина психічного здоров'я ветеранів в Україні свідчить про високу поширеність ознак посттравматичних розладів і пов'язаних із ними труднощів у соціальному функціонуванні. Оцінки останніх років демонструють, що щонайменше третина опитаних ветеранів описує симптоми [2], сумісні з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР); подібні частки фіксувалися в репрезентативних опитуваннях 2024–2025 рр., а також у спеціальних дослідженнях профілів ветеранів. Ці дані вказують не лише на масштаби потреби, а й на її тривалість – симптоми зберігаються після завершення інтенсивних курсів

реабілітації, що вимагає континууму допомоги, від ранньої ідентифікації до підтримувальної терапії в громаді.

Сутність адаптаційних труднощів виходить за межі клінічної проблематики. Бойовий досвід спричиняє стійкі зміни у способі переживання безпеки, довіри та контролю; травматичні спогади провокують уникання тригерів, звуження поведінкового репертуару та соціальних контактів, посилюють дратівливість і тривогу, ускладнюють сон і здатність до концентрації. На рівні взаємин це часто набуває форми конфліктності в сім'ї, відчуття нерозуміння з боку цивільного оточення, тоді як на рівні професійної діяльності – зниження продуктивності, труднощі з поверненням до попередньої ролі або потреба в перекваліфікації.

Міжнародні та національні рамкові документи пропонують узгоджену логіку системних змін: децентралізацію послуг, перехід до громадоцентричної моделі МНПСС (mental health and psychosocial support), інтеграцію психічного здоров'я в первинну медичну допомогу та освітньо-соціальні інституції, а також розвиток міжсекторальної координації на рівні державної політики. В Україні цю траєкторію підтримує «Дорожня карта із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час і після війни» [1], та відповідні урядові ініціативи, що передбачають узгодження реформ між секторами охорони здоров'я, освіти та соціального захисту, разом із створенням нормативних механізмів координації, моніторингу та впровадження інноваційних сервісів. Практичні кроки включають і цифрові інструменти самопомоги, адаптовані українською, що масштабуються за підтримки міжнародних партнерів і дозволяють розширити охоплення населення простими, але ефективними інтервенціями з управління стресом.

Окремий пласт викликів стосується ветеранів із травмами, що змінюють зовнішність (ампутації, великі рубці). Дослідження на вибірках військовослужбовців і ветеранів показують, що такі ушкодження суттєво впливають на образ тіла, самооцінку і соціальне благополуччя, підвищуючи ризик ізоляції та стигматизації. Виникає необхідність поєднання психологічної терапії з модульними програмами підтримки, що містять компоненти тілесно-орієнтованої роботи, групової взаємодії, відновлення соціальних навичок і поступової експозиції до соціальних ситуацій.

Доказові клінічні настанови для лікування ПТСР [4, 5], акцентують увагу на пріоритетності травмо-фокусованих протоколів з високим рівнем доказовості: експозиційної терапії (Prolonged Exposure), когнітивної терапії опрацювання (Cognitive Processing Therapy), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), а також структурованих когнітивно-поведінкових підходів. Парадигма лікування передбачає поетапну логіку: від стабілізації та безпеки до роботи

зі спогадами й інтеграції нового досвіду у життєву наративну структуру. Вона ж наголошує на необхідності вчасної діагностики супутніх станів (депресія, уживання психоактивних речовин, больові синдроми) і мультидисциплінарній координації, у тому числі з фахівцями фізичної реабілітації та протезування, аби психотерапевтична робота просувалася синхронно з тілесним відновленням.

Паралельно з індивідуальною психотерапією зростає значення програм, спрямованих на соціальну реінтеграцію як терапевтичну мету: професійна перепідготовка, працевлаштування, участь у спортивних і культурних ініціативах, менторство «рівний-рівному». Саме ці модулі забезпечують внутрішню мотивацію, відновлюють відчуття компетентності та «корисності» у громаді, знижуючи ймовірність рецидивів симптомів, пов'язаних із відчуттям втрати попередньої ідентичності.

Важливим принципом є безперервність допомоги в часі. Останні дослідження свідчать, що навіть за наявності позитивної динаміки після інтенсивних курсів частина ветеранів потребує повторних циклів втручань або тривалої підтримувальної терапії, особливо в ситуаціях соціально-економічної нестабільності, повторних травмувальних подій чи складнощів із протезуванням і медичною реабілітацією. Відповіддю має стати інтегрована модель з чіткими критеріями інтенсивності та тривалості втручань, опорою на дані моніторингу і можливість своєчасного «підсилення» допомоги; у поєднанні з розбудовою послуг на рівні громади це зменшує навантаження на спеціалізовану допомогу і підвищує її адресність. У довгостроковому вимірі така модель створює умови не лише для зниження тягаря ПТСР, а й для системного зростання психологічної стійкості суспільства загалом.

Узагальнюючи, українська система реабілітації та реінтеграції ветеранів має рухатися в напрямі, який уже окреслений сучасними даними та політичними рамками: масштабування доказових психотерапевтичних протоколів, узгодження маршрутів між секторами, децентралізація й розвиток громадських сервісів, інтеграція програм працевлаштування і професійної освіти, а також посилення сімейно-орієнтованих компонентів. Це не лише клінічно доцільно, а й соціально обґрунтовано: зниження симптоматики ПТСР, відновлення життєдіяльності та підвищення якості життя ветеранів і їхніх родин є необхідною умовою стійкості країни в умовах затяжної війни та повоєнного відновлення.

### **Список використаних джерел:**

1. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». *Платформа самопомоги HowAreU*. 2025. URL: <https://howareu.com> (дата звернення: 10.09.2025).

2. Міністерство охорони здоров'я України. Психічне здоров'я: офіційна сторінка МОЗ. 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mental-health> (дата звернення: 10.09.2025).

3. Keeling M., Rumsey N., Williamson H., et al. Body image and psychosocial well-being among UK military personnel and veterans who sustained appearance-altering conflict injuries. *Military Psychology*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2058302>

4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NG116. London : NICE. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

5. U.S. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 2023. Washington, DC: VA/DoD, 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-570-2-113>

**Мальцева О. Б.,**

*кандидат медичних наук, доцент,*

*доцент кафедри основ медицини*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*м. Ужгород, Україна*

## **ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ, ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

На сучасному етапі захворюваність на хронічні неспецифічні захворювання органів дихання в усьому світі набуває загрозливих масштабів і, за даними науковців Воропаєва Д. С., Єжова О. О. [2, 72 с.], Мозгової К. [3, с. 111–114], залишається серйозною глобальною проблемою охорони здоров'я. Існуючі види терапії хвороб органів дихання спрямовані на зменшення симптомів захворювання, зниження частоти та подовженості загострень.

В роботах Бабінець Л. С., Боровик І. О. [1, с. 93], Григуса І. та співавт. [4, с. 37–52], що стосуються вивчення особливостей перебігу бронхо-легеневих захворювань, окремих синдромів в пульмонології на сучасному етапі, підтверджено, що розробка методів фізичної терапії та реабілітації хвороб бронхо-легеневої системи є однією з актуальних в сучасній пульмонології. Сучасна пульмонологічна реабілітація – це система використання програм та заходів, заснована