

УДК 159.98:159.964.2:355.1

**Юрій КАШПУР**

кандидат психологічних наук, доцент,  
Український державний університет імені Михайла Драгоманова,  
психолог Київського інституту реабілітації  
<https://orcid.org/0000-0002-0259-1137>

e-mail: [yu.m.kashpur@udu.edu.ua](mailto:yu.m.kashpur@udu.edu.ua)

**Аліса МІЛОВІДОВА**

психолог,  
Київський інститут реабілітації  
<https://orcid.org/0009-0003-6801-496X>  
e-mail: [milovidova.rehabpsy@gmail.com](mailto:milovidova.rehabpsy@gmail.com)

**Андрій ПАЛАМАРЧУК**

кандидат медичних наук, доцент,  
Київський медичний університет  
медичний директор Київського інституту реабілітації  
<https://orcid.org/0000-0001-5307-6322>  
e-mail: [a.palamarchuk@kmu.edu.ua](mailto:a.palamarchuk@kmu.edu.ua)

## **СПЕЦИФІКА ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВИХ ПАЦІЄНТІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ АМБУЛАТОРНОГО ТИПУ**

*Стаття присвячена обґрунтуванню авторської запит-орієнтованої моделі збору психологічного анамнезу військових пацієнтів в умовах амбулаторної реабілітації. На матеріалі понад 160 діагностичних інтерв'ю (КІР, 2022-2025) простежено еволюцію психологічних потреб: від гострих симптомів ПТСР до морально-ціннісного конфлікту та дезінтеграції особистісної ідентичності. Обґрунтовано специфіку реабілітаційного контексту в умовах триваючого збройного конфлікту. Представлено п'ятирозділову форму висновку з розмежуванням обов'язкового та вибіркового інструментарію.*

*Ключові слова: психологічний анамнез; бойовий стрес; амбулаторна реабілітація; ПТСР; комплексний ПТСР; морально-ціннісний конфлікт; дезінтеграція особистісної ідентичності; мотивація до реабілітації; військові пацієнти; триваючий збройний конфлікт.*

**Yurii KASHPUR**

Drahomanov Ukrainian State University, Kyiv Rehabilitation Institute,

**Alisa MILOVIDOVA**

Kyiv Rehabilitation Institute,

**Andrii PALAMARCHUK**

Kyiv Medical University, Kyiv Rehabilitation Institute

## **SPECIFICS OF ASSESSING PSYCHOLOGICAL NEEDS OF MILITARY PATIENTS IN AN OUTPATIENT REHABILITATION FACILITY**

*The article substantiates the authors' original need-oriented model of psychological history-taking for military patients in outpatient rehabilitation. Drawing on more than 160*

diagnostic interviews conducted at the Kyiv Institute of Rehabilitation (KIR) between 2022 and 2025, the study traces the evolution of military patients' psychological needs: from acute PTSD symptoms in the early stages of full-scale war to more complex manifestations of chronic adaptation, personal identity disintegration, moral-value conflict, and the absence of a future life perspective in 2024-2025. The fundamental difference between psychological rehabilitation during an ongoing armed conflict and post-conflict recovery models is substantiated: the psychologist does not work with a concluded traumatic event, but with a patient who will return to a stressogenic environment after two to three weeks of rehabilitation. A clinically significant shift is identified in the composition of patient cohorts: whereas early-war patients were predominantly volunteers with clear motivation and PTSD-centred requests, the 2024-2025 cohort increasingly includes involuntarily mobilised individuals whose psychological needs extend beyond trauma symptomatology to encompass motivational rupture, identity disintegration, and value-based conflict. An original five-section psychologist's assessment form is presented, structured around the distinction between mandatory tools applied with every patient (IAPT complex, PCL-M, GRAS-8, ROAQ) and selective instruments applied according to clinical indications (MoCA, NSI, PCS, MINI). Each diagnostic block is justified not only structurally but in terms of its specific clinical significance in the context of wartime rehabilitation practice. The practical significance of the model lies in its applicability to standardisation of psychological support in integrated rehabilitation settings.

*Keywords:* psychological history-taking; combat stress; outpatient rehabilitation; PTSD; complex PTSD; moral injury; identity disintegration; rehabilitation motivation; military patients; active armed conflict; wartime rehabilitation; Ukraine war psychology.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-20>

Стаття надійшла до редакції / Received 02.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 18.05.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Юрій КАШПУР, Аліса МІЛОВЦОВА, Андрій ПАЛАМАРЧУК

### **Постановка проблеми у загальному вигляді**

**та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями**

Збройні конфлікти стають дедалі більш постійним елементом глобальної реальності: за даними Institute for Economics and Peace, кількість активних збройних конфліктів у світі неухильно зростає впродовж останнього десятиліття. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну у лютому 2022 року перетворило цю тенденцію на щоденну клінічну реальність для українських психологів і поставило перед фахівцями реабілітаційної галузі питання, яке не мало готової відповіді в жодному протоколі: як здійснювати психологічну реабілітацію людини, яка через кілька тижнів повернеться до стресогенного середовища бойових дій? Саме ця обставина формує принципову відмінність між реабілітацією під час тривання конфлікту і постконфліктним відновленням і змінює логіку первинної психологічної оцінки у фундаментальний спосіб [12].

Амбулаторний формат реабілітації додатково ускладнює завдання. Психолог, як правило, має одну діагностичну консультацію, за результатами якої необхідно визначити не лише наявність симптомів, а й те, що є психологічно первинним і клінічно значущим для конкретного пацієнта на конкретному етапі його участі у війні. Це вимагає принципово іншої діагностичної логіки: не від симптомокомплексу до стандартного протоколу, а від уважного виявлення домінуючого запиту, актуальних ресурсів та бар'єрів – до формування індивідуалізованих реабілітаційних цілей. Збір психологічного анамнезу в цьому контексті виступає не допоміжною процедурою, а центральним клінічним інструментом, що дозволяє інтегрувати психологічну, медичну та функціональну оптику в єдиний реабілітаційний маршрут.

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій**

Теоретичним підґрунтям запропонованої моделі слугують концепції, що сформувалися у двох взаємопов'язаних напрямках: дослідженнях психологічних наслідків бойового стресу та психометричної валідазації діагностичних інструментів у ветеранській медицині.

У сфері клінічного розуміння травми визначальною є праця J. Herman (1992), яка описала феноменологію комплексного ПТСР і обґрунтувала трифазну модель психотерапевтичного супроводу, наголосивши на недостатності симптоматичного підходу для осіб із хронічним травматичним досвідом [4]. Ця концептуальна рамка є особливо значущою для розуміння стану пацієнтів, які перебувають у тривалому бойовому залученні та часто не вкладаються у класичні критерії гострого ПТСР. Зв'язок між порушеннями сну і когнітивним функціонуванням, що є принципово важливим для інтерпретації діагностичних даних у цій популяції, описано J. A. Brownlow зі співавторами (2020) [2]. Вплив хронічного больового синдрому на психоемоційний стан та ризики зловживання психоактивними речовинами обґрунтовано S. P. Cohen зі співавторами (2021) [3].

Психометричну базу моделі становлять інструменти з доведеною валідністю у клінічних і ветеранських популяціях. M. A. Silva (2021) підтвердила придатність Нейроповедінкового опитувальника (NSI) для первинного скринінгу симптоматики черепно-мозкових травм та акубаротравм [8]. С. Н. В. Wheeler зі співавторами (2019) у метааналізі встановили, що Шкала катастрофізації болю (PCS) є надійним предиктором хронізації болю та психоемоційних ускладнень [11]. Z. S. Nasreddine зі співавторами (2005) обґрунтували чутливість і

специфічність Монреальської шкали когнітивної оцінки (MoCA) для скринінгу легких когнітивних порушень, що є особливо актуальним для пацієнтів із травмами голови [6]. PHQ-9 (Kroenke et al., 1999) [5] та GAD-7 (Spitzer et al., 2006) [9] у складі опитувальника IAPT демонструють хорошу психометричну валідність у клінічних популяціях; PCL-M (Weathers et al., 1993) [10] залишається одним із найпоширеніших інструментів скринінгу ПТСР у ветеранській медицині. Для поглибленої диференційної діагностики застосовується MINI (Sheehan et al., 1998) [7]; оцінка розладів вживання ПАР спирається на критерії DSM-5-TR [1].

У вітчизняному науковому просторі Ю. А. Хрущ-Ріпський (2025) систематизував теоретико-методологічні засади розробки програм психологічної реабілітації осіб із психотравмою війни, наголошуючи на необхідності дотримання принципів системності, комплексності та поетапності відновлення [12]. Водночас питання структурованого збору психологічного анамнезу в умовах амбулаторного формату залишається поза увагою як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників.

### **Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми**

Попри значну кількість досліджень у галузі психологічної реабілітації ветеранів, у науковій літературі простежуються принципові прогалини, актуальні саме для контексту, описаного у цій статті.

По-перше, переважна більшість наявних клінічних протоколів орієнтована на постконфліктний контекст – тобто на ситуацію, де загроза вже минула і пацієнт відновлюється у відносно стабільних умовах. Специфіка роботи з людиною, яка після реабілітації повернеться до стресогенного середовища бойових дій, у наявній міжнародній і вітчизняній літературі висвітлена вкрай недостатньо. По-друге, стандартні клінічні протоколи не враховують динамічної трансформації психологічних потреб залежно від фази конфлікту. Між тим, як свідчить клінічний досвід КІР, характер запитів пацієнтів суттєво змінився між 2022 і 2025 роками, що вимагає відповідної адаптації діагностичного підходу. По-третє, у доступній україномовній науковій літературі відсутній опис структурованої моделі первинного психологічного оцінювання, адаптованої до формату амбулаторної реабілітації з обмеженим часовим ресурсом і зорієнтованої на виявлення домінуючого актуального запиту пацієнта, а не лише на встановлення симптомокомплексу.

### **Формулювання цілей статті**

**Мета статті** – обґрунтувати авторську запит-орієнтовану модель збору психологічного анамнезу для військових пацієнтів реабілітаційного закладу амбулаторного типу як синтез міжнародного клінічного досвіду, адаптований до специфіки психологічної реабілітації в умовах триваючої війни, та описати структуру, інструментарій і клінічну логіку застосування кожного діагностичного блоку на матеріалі практики Київського інституту реабілітації.

### **Виклад основного матеріалу**

*Динаміка психологічних потреб військових пацієнтів КІР: 2022-2025 рр.* Запропонована модель виникла не як теоретична конструкція, а як практична відповідь на реальну клінічну проблему. У процесі роботи з понад 160 пацієнтами КІР впродовж 2022-2025 років автори зафіксували суттєву трансформацію характеру психологічних запитів – трансформацію, яка зробила незмінний діагностичний алгоритм неадекватним поточній клінічній реальності.

У 2022-2023 роках домінуючим запитом була симптоматика гострого стресового розладу та ПТСР: інтрузії, нічні кошмари, гіперзбудливість, унікаюча поведінка. Переважна більшість пацієнтів цього періоду – добровольці або кадрові військові з вираженою внутрішньою мотивацією, підтриманою патріотичними цінностями та міцними горизонтальними зв'язками всередині підрозділів. Незважаючи на тяжкість клінічного стану, ці пацієнти, як правило, демонстрували достатню мотивацію до відновлення та чіткий запит: зменшити симптоми і повернутися до служби або до сім'ї.

У 2023-2024 роках клінічна картина якісно ускладнилася. На тлі відсутності очікуваного оперативного успіху, знецінення бойових виплат, реструктуризації армії та появи нових командних формацій у пацієнтів почали домінувати не симптоми, а стани: розчарування у військовому керівництві, відчуття несправедливості кадрової політики, наростаюча відчуженість від цивільного оточення, яке, на думку пацієнтів, не здатне зрозуміти бойового досвіду. Поряд із симптомами ПТСР з'явилися ознаки хронічного виснаження, а запити дедалі частіше стосувалися сфери стосунків: із командирами, побратимами, родиною, самим собою.

У 2024-2025 роках сформувалася якісно нова клінічна група – пацієнти, мобілізовані проти їхньої волі. На відміну від попередніх когорт, ці особи не мають сформованої ідентичності військовослужбовця, не поділяють ціннісних засад добровільної участі у збройному захисті і водночас змушені функціонувати в середовищі,

де така ідентичність є нормативною очікуваністю. За спостереженнями авторів, пацієнти цієї групи характеризуються нижчою мотивацією до реабілітації, швидшим функціональним виснаженням та вираженими ознаками морально-ціннісного конфлікту [4]. Взаємна стигматизація між добровольцями і мобілізованими всередині підрозділів стала самостійним і клінічно значущим джерелом психологічного напруження, що безпосередньо впливає на перебіг реабілітаційного процесу.

Таким чином, сучасний спектр запитів виходить далеко за межі класичної ПТСР-симптоматики і включає: симптоматику ПТСР та комплексного ПТСР [4]; морально-ціннісний конфлікт, пов'язаний із вчиненими або спостережуваними діями, що суперечать особистій системі цінностей; дезінтеграцію особистісної ідентичності на перетині ролей воїна, батька, чоловіка, громадянина; хронічне виснаження без достатнього ресурсу для відновлення; відсутність образу майбутнього та порушення цілепокладання; запити на опрацювання стосунків [12]. Ця динаміка підтверджує ключову тезу: психологічна реабілітація в умовах триваючого конфлікту не може ґрунтуватися виключно на ПТСР-орієнтованому скринінгу і потребує ширшої, контекстуально чутливої моделі первинного оцінювання.

*Умови встановлення терапевтичного контакту.* Перш ніж розпочати збір анамнезу, психолог має справу з проблемою, яка стосується не симптомів, а самого контакту. Значна частина пацієнтів приходить на консультацію з настановою: розказати мінімум, виглядати нормально, не демонструвати слабкості. Це не особистісна особливість – це захисна реакція, сформована в середовищі, де звернення по психологічну допомогу може сприйматися як ознака непридатності до служби або як загроза репутації. Частина пацієнтів має негативний попередній досвід: психологічних співбесід, де їх оцінювали, а не підтримували; взаємодій, після яких інформація ставала відомою командуванню.

Тому першочерговим завданням є не збір інформації, а створення умов, за яких ця інформація може бути достовірною. Психолог чітко роз'яснює умови конфіденційності: зібрані дані не передаються командуванню, не впливають на службовий статус і не можуть бути використані проти пацієнта. Добровільність участі також проговорюється в явному вигляді. Ці умови є не формальністю, а клінічною необхідністю: пацієнт у захисній позиції надаватиме соціально бажані відповіді, і жоден інструментарій не компенсує цей дефіцит достовірності.

Паралельно психолог уважно спостерігає за невербальними реакціями: зміною темпу мовлення, тілесним напруженням, уникненням зорового контакту при згадці певних тем. Ці сигнали нерідко виявляються точнішими індикаторами болючих зон, ніж прямі відповіді на питання. Зокрема, пацієнти, що пережили морально-ціннісний конфлікт, часто уникають прямого обговорення бойового досвіду, але демонструють характерну тілесну реакцію при дотику до суміжних тем. Фіксація таких реакцій є частиною діагностичного процесу, а не лише підготовки до нього.

*Структура моделі та логіка розмежування інструментарію.* Авторська модель включає напівструктуроване клінічне інтерв'ю, самозвітні психодіагностичні шкали, скринінг когнітивних функцій та клінічне спостереження за поведінкою пацієнта під час консультації. Зібрана інформація вноситься до авторської форми психологічного висновку, що структурно поділяється на п'ять розділів: I – базове функціонування; II – психо-емоційне функціонування; III – результати шкал; IV – фактори впливу на функціонування; V – прогнози та рекомендації.

Принципово важливим є розмежування між обов'язковими діагностичними інструментами, що застосовуються з кожним пацієнтом незалежно від клінічної картини, та вибірковими, що підключаються за конкретними показаннями. До обов'язкових належать: комплекс шкал IAPT – PHQ-9 [5] та GAD-7 [9] – для оцінки депресивної та тривожної симптоматики; PCL-M для скринінгу ПТСР [10]; шкали прихильності до реабілітації (GRAS-8) та ризику надмірності в реабілітації (ROAQ). Вибірково застосовуються: МоСА [6] – при скаргах на когнітивні порушення або ЧМТ/АКБ в анамнезі; скорочений NSI (12 із 22 пунктів) [8] та PCS [11] – при бойових травмах голови або вираженому больовому синдромі; MINI [7], SPIN та W&SAS – за потреби в поглибленій диференційній діагностиці. Оцінка ризику зловживання ПАР спирається на критерії DSM-5-TR [1].

Такий розподіл є не організаційним компромісом, а клінічно обґрунтованим принципом. Застосування повного набору інструментів до кожного пацієнта в умовах обмеженого часу неминуче перетворює консультацію на процедуру тестування, що підриває терапевтичний контакт і знижує якість отриманої інформації. Психолог керується клінічною картиною, що розгортається в ході інтерв'ю, і застосовує додаткові інструменти лише там, де вони дають інформацію, недоступну через спостереження та бесіду.

***Розділ I. Базове функціонування: сон, когнітивні функції, соціалізація.*** Перший розділ форми містить три блоки, спільна логіка

яких визначається двома принципами: клінічна інформативність і мінімальна стигматизованість для пацієнта. Саме тому збір анамнезу розпочинається з цих тем – вони дозволяють вибудувати первісний терапевтичний контакт і водночас надають психологу суттєву клінічну інформацію ще до переходу до більш чутливого матеріалу.

**Блок сну.** Порушення сну є одним із найпоширеніших первинних симптомів у цій групі пацієнтів і водночас одним із найменш стигматизованих: повідомити про те, що «погано сплю», психологічно значно легше, ніж говорити про емоційний стан або бойовий досвід. Однак цінність цього блоку не вичерпується встановленням самого факту порушення – клінічно значущим є характер і патерн порушення. Труднощі засинання, пов'язані з наполегливими нав'язливими думками, вказують на тривожний компонент; нічні кошмари з відтворенням бойовим змістом – на посттравматичне реагування; ранне пробудження з неможливістю повторно заснути – на депресивний компонент [2]. Кожен з цих патернів потребує різного терапевтичного підходу, тому їх розрізнення є не академічним завданням, а практичним.

Психолог фіксує тривалість і динаміку порушень, їхній зв'язок із конкретними анамнестичними подіями (поранення, загибель побратима, повернення з виїзду, ротація), а також фармакологічний контекст – ряд препаратів, що застосовуються у ветеранській медицині, суттєво змінює архітектуру сну і може маскувати або посилювати певні патерни. Зазначимо, що починаючи з 2024 року автори фіксують якісну зміну домінуючого типу інсомнії: дедалі частіше порушення сну пов'язані не з посттравматичними інтрузіями, а з хронічною фоною тривоги і відсутністю образу майбутнього – що вказує на зміну первинного запиту і вимагає інших терапевтичних акцентів порівняно з класичним ПТСР-протоколом.

**Блок когнітивних функцій.** Оцінка когнітивного функціонування здійснюється паралельно з двох позицій: через суб'єктивні скарги пацієнта і через безпосереднє спостереження під час консультації. Вже в процесі збору анамнезу психолог звертає увагу на темп мовлення, здатність утримувати нить розповіді, точність відтворення хронологічних деталей. При скаргах на погіршення пам'яті, труднощі концентрації або за наявності в анамнезі ЧМТ чи акубаротравми застосовується МоСА [6].

Ключовою диференційно-діагностичною проблемою є розмежування когнітивних порушень органічного генезу (наслідки ЧМТ) і функціональних порушень, зумовлених хронічним порушенням сну та психоемоційним виснаженням [2]. Ці стани можуть давати схожу клінічну картину – скарги на погіршення пам'яті, труднощі

концентрації, уповільнення мислення, – однак принципово різняться за прогнозом і тактикою роботи. У першому випадку пацієнт потребує нейропсихологічного супроводу та адаптації реабілітаційної програми; у другому – насамперед нормалізації сну і зниження загального рівня стресового навантаження.

Окремої уваги заслуговують зміни в характері мислення, що є типовими для хронічно травматизованих пацієнтів і які самі вони нерідко не ідентифікують як проблему або сприймають як нормальний наслідок бойового досвіду: наростаюча ригідність суджень, схильність до чорно-білого сприйняття ситуацій, нездатність утримувати альтернативні точки зору без вираженого емоційного напруження. Ці особливості не є рисами особистості – вони є наслідком хронічної травматизації і безпосередньо впливають на здатність пацієнта засвоювати нові стратегії поведінки та брати участь у терапевтичній роботі.

**Блок соціалізації.** Цей блок є значно більш інформативним, ніж може здаватися з його назви. Питання тут не про кількість соціальних зв'язків, а про якість присутності людини у власному житті поза службою – і про те, чи є взагалі таке місце в її суб'єктивному досвіді. Підкреслимо, що в контексті воєнної динаміки 2022-2025 років соціальна ізоляція змінила свій клінічний сенс. Якщо на початку повномасштабного вторгнення вона переважно була симптомом ПТСР – уникання як способу захисту від тригерів, – то починаючи з 2023-2024 років автори все частіше спостерігають якісно іншу динаміку: свідоме звуження соціального кола до побратимів як єдиних «людей, що розуміють». Цивільне оточення сприймається як чуже, а часом і як загрозливо нерозуміюче. Сім'я стає не ресурсом, а ще одним джерелом очікувань, яким важко відповідати.

Такі зміни соціального профілю є прямим маркером дезінтеграції особистісної ідентичності і мають принципове значення для формування рекомендацій: рекомендувати групову терапію пацієнту з вираженою недовірою до цивільного оточення без урахування цього контексту – значить ускладнити, а не полегшити процес відновлення.

**Розділ II. Психо-емоційне функціонування: від мотивації до коупінгів.** Другий розділ форми переходить від функціонального рівня до суб'єктивного психологічного досвіду пацієнта. Послідовність блоків тут є клінічно продуманою: від менш стигматизованих тем – мотивація, характер – до найбільш чутливих: тригери, важкі теми.

**Блок мотиваційної сфери.** Оцінка мотивації є одним із найбільш прогностично значущих, але й найбільш методологічно

складних завдань первинного інтерв'ю. Складність полягає в тому, що в умовах КІР безкоштовна реабілітаційна допомога надається за умови декларованої мотивованості пацієнта, що системно провокує розрив між декларованим і реальним ставленням. Частина пацієнтів щиро прагне відновлення; інша частина відвідує КІР за рекомендацією або наказом командування. Виявлення цього розриву є завданням, яке потребує не прямих питань, а уважного аналізу контексту: яким чином пацієнт опинився у КІР, що він розраховує отримати за три тижні, як описує своє «нормальне» функціонування, які є плани після виписки.

За спостереженнями авторів, пацієнти з чіткою і реалістичною метою – повернутися до конкретної служби, відновити конкретну фізичну функцію, врегулювати конкретну сімейну ситуацію – демонструють суттєво вищу залученість у реабілітаційний процес і кращі функціональні результати. Для кількісної оцінки прихильності до реабілітації та ризику надмірності застосовуються GRAS-8 та ROAQ. Окремо слід відзначити специфіку групи мобілізованих пацієнтів 2024-2025 років: для них апеляція до ролі воїна як мотиватора є контрпродуктивною. У роботі з цією групою мотивація виявляється через інший вектор – особистісно значущі цінності, що існують незалежно від військової ідентичності: сім'я, здоров'я, повернення до цивільної роботи.

**Блок характеру та темпераменту.** Цей блок присвячений не діагностиці особистості, а фіксації змін особистісного профілю, що відбулися внаслідок бойового досвіду. Автори підкреслюють: тривала участь у бойових діях призводить до помітних, а нерідко і стійких змін – наростання ригідності, зниження толерантності до невизначеності, радикалізація оцінок, зниження емоційної гнучкості поряд із явними ознаками виснаження. Ці зміни мають практичне значення для прогнозу реабілітаційного процесу: пацієнт із вираженою ригідністю і радикалізацією поглядів потребуватиме особливої уваги при зарахуванні до групових форм реабілітації, де він буде контактувати з цивільними пацієнтами або з представниками іншої мотиваційної групи.

**Блок психо-емоційних порушень.** Цей блок акумулює результати шкал ІАРТ (PHQ-9, GAD-7) та PCL-M і є центральним з погляду формальної діагностики. Однак авторська позиція полягає в тому, що числові результати шкал без клінічного коментаря є неповноцінним діагностичним продуктом – особливо в умовах триваючої бойової служби. Пацієнт із PCL-M 20 балів після нещодавнього повернення з виїзду перебуває в принципово іншій клінічній ситуації, ніж пацієнт із тим самим балом через рік після

поранення: перший демонструє нормативну реакцію на наднормативний стрес, другий – ознаки хронічного ПТСР. Пороговий бал шкали є орієнтиром, а не діагнозом, і саме клінічний коментар перетворює кількісний результат на клінічно значущу інформацію.

**Блоки тригерів, важких тем, ресурсів та коупінгів.** Ці блоки розміщені наприкінці другого розділу – після того, як між пацієнтом і психологом сформовано достатній рівень довіри для обговорення найбільш чутливого матеріалу. Тригери і важкі теми пацієнти нерідко озвучують мимовільно, в процесі розповіді про повсякденний побут: реакція на сирену, особливості відвідування людних місць, фрагменти, які пацієнт обходить у розповіді. Психолог фіксує ці сигнали без заглиблення – первинна консультація не є місцем для опрацювання травми, і спроба це зробити може призвести до ретравматизації.

Зібрана інформація щодо тригерів і важких тем передається команді КІР і має пряме практичне значення: вона дозволяє уникнути ситуацій, що можуть провокувати гострі реакції пацієнта в груповому середовищі реабілітації. Ресурси та коупінги, натомість, є орієнтиром для побудови реабілітаційного плану: розуміння того, що реально допомагає конкретній людині регулювати свій стан, дозволяє підсилювати наявні адаптивні патерни, а не лише усувати симптоматику.

**Розділи III–V. Результати шкал, фактори впливу та прогнози** акумулює кількісні результати всіх застосованих шкал із клінічними коментарями. Четвертий фіксує медичні та поведінкові фактори: ЧМТ та її соматичні прояви, медикаментозне лікування, фізичну активність, вживання ПАР і психоактивних речовин, досвід попередньої реабілітації. При наявності ЧМТ або акубаротравми застосовується скорочена версія NSI – 12 із 22 оригінальних пунктів [8], з якої вилючено питання про емоційну та когнітивну сферу, що обстежуються окремо. При вираженому больовому синдромі підключається PCS [11]. Ці інструменти виконують функцію структурованого збору специфічної соматичної інформації – тієї, яку пацієнт може не повідомити спонтанно через нормалізацію болю або через небажання додатково обговорювати фізичний стан у розмові з психологом.

П'ятий розділ формує підсумкову клінічну оцінку: прогнозований рівень адаптації пацієнта в реабілітаційному середовищі, доцільність спільного проходження реабілітації з цивільними пацієнтами (що є практично важливим питанням в умовах КІР, де відбувається змішана реабілітація), а також конкретні рекомендації – психотерапія, консультація психіатра, корекція

медикаментозного лікування, когнітивний тренінг. Висновок психолога стає основою для інтердисциплінарного обговорення випадку командою КІР і забезпечує узгодженість реабілітаційного маршруту між усіма фахівцями.

### **Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі**

Понад 160 діагностичних інтерв'ю з військовими пацієнтами КІР упродовж 2022-2025 років дозволяють авторам сформулювати такі висновки.

По-перше, психологічні потреби військових пацієнтів амбулаторної реабілітації не є статичними і зазнали суттєвої трансформації за роки повномасштабної війни: від гострої ПТСР-симптоматики до складніших явищ хронічної адаптації, морально-ціннісного конфлікту та дезінтеграції особистісної ідентичності. Поява мобілізованих проти волі як окремої клінічної категорії (2024-2025) ускладнила мотиваційну складову реабілітаційного процесу у спосіб, що не має прецедентів у наявній науковій літературі.

По-друге, реабілітація в умовах триваючого збройного конфлікту є принципово відмінним контекстом від постконфліктного відновлення. Психолог працює не із завершеною травматичною подією, а з людиною, яка після реабілітації повернеться до стресогенного середовища. Це змінює мету первинного оцінювання: не повне діагностування, а виявлення домінуючого актуального запиту і тих чинників, що визначають здатність пацієнта отримати користь від реабілітаційного процесу.

По-третє, авторська запит-орієнтована модель збору психологічного анамнезу – зі структурованою п'ятирозділовою формою висновку, чітким розмежуванням обов'язкового і вибіркового інструментарію та клінічно обґрунтованою послідовністю діагностичних блоків від найменш до найбільш чутливих тем – є практичним рішенням для умов амбулаторного формату. Наукова цінність моделі полягає у систематизації діагностичних орієнтирів, що дозволяють фахівцеві у стислий час визначити головне для конкретного пацієнта; практична – у формуванні підходу, придатного для стандартизації психологічного супроводу в інтегрованих реабілітаційних установах.

Перспективами подальших досліджень є розробка та валідація шкали оцінки реабілітаційної залученості для військових пацієнтів в умовах триваючого конфлікту, а також порівняльний аналіз

ефективності різних терапевтичних підходів до роботи з морально-ціннісним конфліктом та дезінтеграцією особистісної ідентичності.

### Література

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Brownlow J. A., Miller K. E., Gehrman P. R. Insomnia and cognitive performance. *Sleep Medicine Clinics*. 2020. Vol. 15. № 1. P. 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.10.002>
3. Cohen S. P., Vase L., Hooten W. M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021. Vol. 397. № 10289. P. 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
4. Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5. № 3. P. 377-391.
5. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). APA PsycTests. 1999. <https://doi.org/10.1037/t06165-000>
6. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J. L., Chertkow H. Montreal Cognitive Assessment (MoCA). APA PsycTests. 2005. <https://doi.org/10.1037/t27279-000>
7. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998. Vol. 59. Suppl 20. P. 22-33.
8. Silva M. A. Review of the Neurobehavioral Symptom Inventory. *Rehabilitation Psychology*. 2021. Vol. 66. № 2. P. 170-182. <https://doi.org/10.1037/rep0000367>
9. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7). APA PsycTests. 2006. <https://doi.org/10.1037/t02591-000>
10. Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M. PTSD Checklist – Military Version (PCL-M). APA PsycTests. 1993. <https://doi.org/10.1037/t05198-000>
11. Wheeler C. H. B., Williams A. C. C., Morley S. J. Meta-analysis of the psychometric properties of the Pain Catastrophizing Scale and associations with participant characteristics. *Pain*. 2019. Vol. 160. № 9. P. 1946-1953. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001494>

12. Хрущ-Ріпський Ю. А. Теоретико-методологічні засади розробки програми психологічної реабілітації осіб з психотравмою війни. *Габітус*. 2025. Вип. 78. Т. 2. С. 181-185. <https://doi.org/10.32782/hbts.78.2.35>

### References

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Brownlow, J. A., Miller, K. E., & Gehrman, P. R. (2020). Insomnia and cognitive performance. *Sleep Medicine Clinics*, 15(1), 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.10.002>
3. Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
4. Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
5. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1999). Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06165-000>
6. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t27279-000>
7. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
8. Silva, M. A. (2021). Review of the Neurobehavioral Symptom Inventory. *Rehabilitation Psychology*, 66(2), 170–182. <https://doi.org/10.1037/rep0000367>
9. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02591-000>
10. Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). PTSD Checklist — Military Version (PCL-M) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05198-000>
11. Wheeler, C. H. B., Williams, A. C. C., & Morley, S. J. (2019). Meta-analysis of the psychometric properties of the Pain Catastrophizing Scale and associations with participant characteristics. *Pain*, 160(9), 1946–1953. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001494>
12. Khrushch-Ripskyi, Yu. A. (2025). Teoretyko-metodolohichni zasady rozrobky prohramy psykholohichnoi reabilitatsii osib z psykhotravmoiu viini [Theoretical and methodological principles of developing a programme of psychological rehabilitation for persons with war trauma]. *Habitus*, 78(2), 181–185. <https://doi.org/10.32782/hbts.78.2.35> [in Ukrainian].