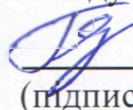


НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

Завідувачка кафедри ПП та М

 **Юлія Герасименко**
(підпис)

«12»  2025 р.



**«РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІЄНТ ОРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ В
ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ АМЕРИКАНСЬКИХ
ВІЙСЬКОВИХ»**

Кваліфікаційна робота

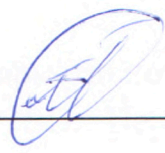
на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-23-14-ЗМ
МАЛЮГА Ольга Олегівна


(підпис)

Науковий керівник:
кандидат педагогічних наук

КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна


(підпис)

Біла Церква 2025

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Малюга Ольга Олегівна, група ПС-23-14-ЗМ

Назва: Реалізація клієнт орієнтованих підходів в психологічному консультуванні американських військових

Керівник: Коссова-Сіліна Галина Олександрівна

Підрозділ: кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Коефіцієнт подібності 1:1%

Мікропробіли: 0

Заміна букв: 1

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Визначено, що робота Малюги О.О. має високий рівень оригінальності і не містить тексту, який є результатом власних досліджень. Визначено, що ідеї, результати і тексти інших авторів мають посилання на відповідні джерела.

Дата 09.05.2025р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти
ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України:

Підпис



БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність: 053 Психологія, освітньо-професійна програма
«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.е.н., доц. Юлія Герасименко



« 3 » січня 2025 року
ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

МАЛЮГА Ольга Олегівна

1. Тема роботи: **«РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІЄНТ ОРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ АМЕРИКАНСЬКИХ ВІЙСЬКОВИХ»**

Керівник роботи: КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна, кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри технології навчання, охорони праці та інклюзивної освіти БІНПО.

2. Строк подання здобувачем освіти роботи « 2 »
__травня__ 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: теоретична база, нормативно-методичні документи США, Матеріали National Center for PTSD, Department of Defense, Vet Centers, Wounded Warrior Project., емпіричні дані, аналітичні звіти Міністерства ветеранів України. Методичні рекомендації та публікації військових психологів.

4. Перелік питань, які потрібно розробити:

Кваліфікаційна робота магістра складається з основної частини і додаткової.

Основна частина містить такі структурні елементи: вступ, сутність (3 розділи – теоретичний, діагностичний, корекційний), загальні висновки, список використаних джерел, додатки.

**Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОГО
ПІДХОДУ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ**

1.1. – складається з 3-х підрозділів: Поняття і принципи клієнт орієнтованого підходу в психологічному консультуванні

1.2 Психологічні особливості військовослужбовців як клієнтів

1.3 Вплив травматичного досвіду на потреби у психологічному консультуванні

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ У США

2.1. Моделі психологічної допомоги в армії США

2.2. Порівняльний аналіз психоемоційного стану американських ветеранів

2.3. Реалізація програми клієнт орієнтованого підходу у консультуванні американських військових

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ

3.1. Результати досліджень клієнтоорієнтованих підходів у психологічному консультуванні військових

3.2. Імплементатії елементів американського досвіду реалізації клієнтоорієнтованих підходів у практику психологічного консультування українських військових

3.3. Стан психологічної допомоги військовим в Україні

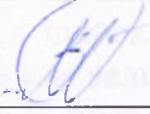
5. Консультанти розділів роботи

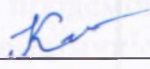
Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Завдання видав	Завдання прийняв
1	КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна, к.п.н, завідувачка кафедри БІНПО.	03.01.2025 р.	03.01.2025 р.
2	КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна, к.п.н, завідувачка кафедри БІНПО.	10.02.2025 р.	10.02.2025 р.
3	КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна, к.п.н, завідувачка кафедри БІНПО.	17.03.2025 р.	17.03.2025 р.

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Дата видачі завдання: 02 січня 2025 рік.

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи / Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень / виконано
2	Вивчення літературних джерел	січень / виконано
3	Збирання матеріалу на підприємстві	січень / виконано
4	Обробка матеріалу	січень / виконано
5	Виконання розділу 1	січень/ виконано
6	Виконання розділу 2	лютий/ виконано
7	Виконання розділу 3	березень/ виконано
8	Формулювання висновків	квітень/ виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії перевірка на плагіат.	травень/ виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень/ виконано

Студент  Малюга О.О.

Керівник роботи  Коссова-Сіліна Г.О.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 109 стор., 9 табл., 6 рис., 6 додатків, 73 використаних джерел.

Актуальність теми: у сучасних умовах збройної агресії проти України питання надання якісної психологічної допомоги військовослужбовцям набуває особливої актуальності. Пошук ефективних підходів до консультування ветеранів бойових дій є не лише професійним викликом для психологів, а й гуманітарною необхідністю. Особливої уваги заслуговує досвід США, де функціонує одна з найбільш розвинених систем військової психологічної допомоги, що базується на клієнтоорієнтованих принципах, сформованих у межах гуманістичної психології.

Мета дослідження - проаналізувати реалізацію клієнтоорієнтованих підходів у психологічному консультуванні військових у США та визначити можливості їх адаптації до українських реалій.

Завдання:

- Розкрити сутність клієнтоорієнтованого підходу в психологічному консультуванні.
- Дослідити психологічні особливості військовослужбовців як клієнтів.
- Охарактеризувати вплив ПТСР та бойової травми на процес консультування.
- Проаналізувати моделі психологічної допомоги в армії США.
- Провести емпіричне порівняння ветеранів двох поколінь (В'єтнам / Ірак-Сирія).
- Розробити рекомендації щодо адаптації клієнтоорієнтованих практик в Україні.

Наукова новизна роботи полягає у поєднанні гуманістичної психології з військовим консультуванням та проведенні емпіричного порівняння двох поколінь ветеранів США. Уперше здійснено спробу адаптації структурованих моделей психологічної допомоги США до українських умов з урахуванням культурних особливостей та типу травматичного досвіду.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані у професійній підготовці військових психологів, в роботі центрів психологічної реабілітації та при формуванні політики підтримки ветеранів. Розроблені авторкою чеклисти, тренінгові елементи та адаптовані підходи є цінним ресурсом для практиків.

Ключові слова: військові, ПТСР, клієнтоорієнтований підхід, психологічна допомога, США, ветерани, гуманістична психологія, бойовий стрес.

ABSTRACT

Master's Qualification Thesis: 109 pages, 9 tables, 6 figures, 6 appendices, 73 references.

Relevance of the topic:

In the current context of armed aggression against Ukraine, the issue of providing high-quality psychological support to military personnel is of particular relevance. The search for effective approaches to counseling combat veterans is not only a professional challenge for psychologists but also a humanitarian necessity. Special attention should be given to the experience of the United States, which has developed one of the most advanced systems of military psychological assistance based on client-centered principles rooted in humanistic psychology.

Research objective:

To analyze the implementation of client-centered approaches in the psychological counseling of military personnel in the United States and to determine the possibilities for their adaptation to Ukrainian realities.

Research tasks:

- To reveal the essence of the client-centered approach in psychological counseling.
- To study the psychological characteristics of military personnel as clients.
- To describe the impact of PTSD and combat trauma on the counseling process.
- To analyze the models of psychological support used in the U.S. military.
- To conduct an empirical comparison of two generations of veterans (Vietnam / Iraq-Syria).
- To propose recommendations for adapting client-centered practices in Ukraine.

Scientific novelty:

The scientific novelty of the thesis lies in combining humanistic psychology with military counseling and conducting an empirical comparison of two generations of U.S. veterans. For the first time, an attempt has been made to adapt structured models of psychological assistance used in the United States to Ukrainian conditions, taking into account cultural specificities and types of traumatic experience.

Practical significance:

The results of the research can be applied in the professional training of military psychologists, in the work of psychological rehabilitation centers, and in shaping veteran support policies. The checklists, training elements, and adapted approaches developed by the author are valuable resources for practitioners.

Keywords: military personnel, PTSD, client-centered approach, psychological assistance, USA, veterans, humanistic psychology, combat stress.

ЗМІСТ

ВСТУП	12
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ	
КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ	
КОНСУЛЬТУВАННІ.....	17
1.1 Поняття і принципи клієнт орієнтованого підходу в	
психологічному консультуванні	17
1.2 Психологічні особливості військовослужбовців як клієнтів.	22
1.3 Вплив травматичного досвіду на потреби у психологічному	
консультуванні.....	26
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	
КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ	
КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ УСША.....	32
2.1. Моделі психологічної допомоги в армії США	32
2.2. Порівняльний аналіз психоемоційного стану американських	
ветеранів.....	41
2.3. Реалізація програми клієнт орієнтованого підходу у	
консультуванні американських військових.....	54
Висновки до другого розділу.....	64
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ	
КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ.....	66
3.1. Результати досліджень клієнтоорієнтованих підходів у	
психологічному консультуванні військових.....	66
3.2. Імплементатії елементів американського досвіду реалізації	
клієнтоорієнтованих підходів у практику психологічного консультування	
українських військових.....	74
3.3. Стан психологічної допомоги військовим в Україні.....	81
Висновки до третього розділу.....	87
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96
ДОДАТКИ.....	103

ВСТУП

Психологічне консультування військовослужбовців є однією з найбільш актуальних тем сучасної психології, особливо в умовах війни, що триває в Україні з 2014 року і перейшла у фазу повномасштабного вторгнення в 2022 році. Зростає кількість військових, які повертаються з фронту з психотравмами, симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожними станами, депресією, втратою сенсу життя та труднощами адаптації до мирного життя. Багато з них не мають сформованої готовності звертатися по допомогу, не довіряють спеціалістам або не знаходять відповідних підходів до себе у межах традиційної психотерапевтичної роботи.

У таких умовах зростає потреба в чутливому, гнучкому, етично вивіреному підході до психологічної підтримки військовослужбовців. Саме клієнт орієнтований підхід, розроблений у межах гуманістичної психології (насамперед — К. Роджерсом), може стати ефективною відповіддю на ці виклики. Його ключові принципи — безумовне прийняття, емпатія, автентичність консультанта та віра в здатність клієнта до самоцілення — особливо релевантні при роботі з ветеранами, які пережили важкий бойовий досвід і потребують безпечного простору для осмислення пережитого.

Досвід США, які мають довгу історію ведення воєнних дій (В'єтнам, Ірак, Афганістан) і, відповідно, — розвинену систему психологічної допомоги військовим, може бути цінним орієнтиром для України. У США функціонують спеціалізовані підрозділи психологічної підтримки у межах Department of Veterans Affairs, застосовуються стандартизовані програми реабілітації, ведуться наукові дослідження та розробляються практичні рекомендації для фахівців.

Вивчення американського досвіду дозволяє не тільки запозичити ефективні методики, але й критично осмислити можливості їх адаптації до українського контексту з урахуванням культурних, історичних, ресурсних та системних відмінностей. Особливого значення набуває аналіз саме клієнтоорієнтованих моделей, які демонструють високу ефективність у роботі з ветеранами.

Таким чином, обрана тема є актуальною як на теоретичному, так і на практичному рівні. Вона відкриває простір для порівняльного аналізу, творчого осмислення сучасних підходів до терапії військових та формування нових, більш чутливих до клієнта практик у сфері психологічного консультування в Україні.

У сучасних умовах військових конфліктів, зокрема повномасштабної війни в Україні, зростає потреба у високоякісній психологічній допомозі військовослужбовцям. Одним із ефективних напрямів такої допомоги є клієнт орієнтований підхід, який враховує унікальні потреби, емоційний стан і досвід кожного клієнта. Вивчення досвіду США — країни з розвиненою системою військової психологічної допомоги — дозволяє адаптувати ефективні практики до українських реалій.

Об’єкт дослідження - психологічне консультування військовослужбовців.

Предмет дослідження - реалізація клієнт орієнтованих підходів у психологічному консультуванні військовослужбовців (на прикладі досвіду США).

Мета - проаналізувати досвід реалізації клієнт орієнтованих підходів у психологічному консультуванні військових у США та окреслити можливості його адаптації в українській практиці.

Завдання роботи:

1. Проаналізувати поняття клієнтоорієнтованості в контексті психологічного консультування.

2. Визначити психологічні особливості військовослужбовців як клієнтів.
3. Описати вплив бойової травми, ПТСР на процес консультування.
4. Дослідити системи та моделі психологічної допомоги військовим у США.
5. Виокремити ефективні практики клієнтоорієнтованого підходу у США.
6. Оцінити можливості та виклики адаптації американського досвіду в Україні.
7. Запропонувати практичні рекомендації для впровадження.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та вирішення дослідницьких завдань було використано такі методи:

- Теоретичний аналіз наукової літератури — для вивчення підходів до психологічного консультування військових, виявлення ключових принципів клієнт орієнтованості, аналізу впливу травми.
- Порівняльний аналіз — для співставлення підходів до консультування у США та в Україні, виявлення спільного та відмінного в системах психологічної підтримки.
- Контент-аналіз нормативних документів, звітів VA (Department of Veterans Affairs), наукових публікацій, що описують практики психологічної допомоги військовим у США.
- Аналіз кейсів (випадків) — розгляд прикладів практичного застосування клієнт орієнтованого підходу в роботі з військовими, які мають симптоми ПТСР або пережили бойову травму.
- Емпіричне узагальнення — використання описаних у літературі інтервенцій, моделей і практик як основи для формулювання рекомендацій для українського контексту.

Теоретичною основою дослідження стали положення гуманістичної психології, зокрема праці К. Роджерса, які визначають принципи клієнт орієнтованого підходу. Також було враховано ідеї когнітивно-поведінкової терапії, кризової інтервенції, підходів до роботи з психологічною травмою (ПТСР, бойовий стрес), системної та військової психології.

Дослідження опирається на міждисциплінарний підхід, що поєднує психологічну, соціальну та етичну перспективу аналізу. Методологічна логіка дослідження базується на принципах цілісності, системності, гуманізму, культурної чутливості та етичної відповідальності.

Дослідження спирається на публікації та звіти таких організацій, як:

- Department of Veterans Affairs (VA), США;
- Department of Defense (DoD);
- National Center for PTSD;
- наукові праці провідних американських психологів (С. Rogers, J. Corey, В. van der Kolk, М. Figley та ін.);
- українські дослідження з військової психології та реабілітації ветеранів.

Наукова новизна - Робота пропонує систематизований огляд практик клієнт орієнтованого консультування в армії США з подальшим обґрунтуванням можливостей їх імплементації в Україні.

Практичне значення - Отримані результати можуть бути використані у підготовці психологів, що працюють із військовими, а також при розробці програм психологічної реабілітації.

Апробація результатів дослідження здійснювалась шляхом оприлюднення її основних положень IV Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Соціально-освітні доміанти професійної підготовки сучасного компетентного фахівця» м.Біла Церква, (15 травня 2025 року).

Основні положення та практичні матеріали магістерської роботи були презентовані на консультаціях з фахівцями з Vet Centers in South Carolina Columbia, що надають психологічну допомогу ветеранам у штаті Південна Кароліна, (листопад 2024 – дотепер). Особливу увагу отримали опитувальники готовності до терапії та тренінговий формат із клієнтоорієнтованими модулями.

Структура роботи - Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг - 109 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ

1.1. Поняття і принципи клієнт орієнтованого підходу

Клієнт орієнтований підхід, або клієнт-центрована терапія, виник у середині ХХ століття як відповідь на обмеження психоаналізу та біхевіоризму, що домінували в психології того часу. Засновником цього напрямку вважається американський психолог Карл Роджерс, який запропонував нову гуманістичну концепцію допомоги людині, де головним стає не патологія, не контроль над поведінкою, а глибоке розуміння і прийняття особистості.

Клієнт орієнтована терапія — це напрям психологічного консультування, в якому головним фактором змін є стосунок між консультантом і клієнтом. У цій взаємодії клієнт сприймається не як "пацієнт", що потребує «лікування», а як рівноправний партнер, наділений потенціалом до самозцілення та розвитку. Консультант створює умови, за яких цей потенціал може бути реалізований.

На відміну від директивних підходів, де психолог виступає як експерт і керівник процесу, у клієнт орієнтованій практиці консультант не нав'язує порад і не тисне на клієнта. Натомість він створює простір безпеки, довіри й емпатії, де клієнт самостійно приходить до розуміння своїх потреб, почуттів, цінностей та рішень.

Цей підхід став однією з основ гуманістичної психології, поряд із концепціями Абрахама Маслоу, Віктора Франкла, Ролло Мея. Він має глибоке філософське підґрунтя — зокрема, у феноменології, екзистенціалізмі, ідеї суб'єктивного досвіду.

Карл Роджерс виділив кілька ключових умов, необхідних для ефективної психотерапевтичної взаємодії:

1. Безумовне позитивне прийняття. Це ставлення поваги до клієнта незалежно від того, що він говорить або як себе поводить. Консультант демонструє підтримку та прийняття без критики, осуду чи умов. Це створює у клієнта відчуття безпеки, що, в свою чергу, дозволяє йому відкриватися, виражати складні або вразливі емоції.

2. Емпатійне розуміння. Емпатія — це здатність «вжитися» у внутрішній світ іншої людини, відчувати його досвід зсередини. Психолог має не просто слухати клієнта, а прагнути зрозуміти його відчуття та смисли так, ніби вони належать йому самому. Це не співчуття чи симпатія — це глибоке віддзеркалення.

3. Автентичність (конгруентність). Психолог не грає роль, не приховує свої реакції, не виступає з позиції «всезнаючого експерта». Він чесний і відкритий у спілкуванні. Автентичність сприяє формуванню щирих і рівноправних стосунків між консультантом і клієнтом.

4. Віра в самоактуалізацію. За Роджерсом, кожна людина має внутрішню тенденцію до зростання, розвитку та самоактуалізації. Психолог не «виправляє» клієнта, а допомагає йому відкрити цей потенціал і спрямувати його у конструктивне русло.

5. Повага до автономії клієнта. Клієнт сам несе відповідальність за своє життя і має право обирати шлях змін. Психолог поважає цю автономію та не втручається у свободу волі клієнта, навіть якщо той обирає не найкраще, з погляду консультанта, рішення. Дослідження показують, що якість терапевтичного альянсу — відчуття безпеки, прийняття і підтримки — є важливішою за техніку або метод [Norcross & Wampold, 2011; Bozarth, 2002]. Особливу увагу Роджерс приділяв якості терапевтичного альянсу. Він стверджував, що саме стосунок між консультантом і клієнтом має цілющий ефект. Якщо клієнт відчуває себе почутим, прийнятим і неосудженим, він починає краще розуміти себе, знижує захисні механізми та набуває внутрішньої свободи для змін. [Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.]

Терапія у цьому підході не є лінійною: консультант не веде клієнта «від проблеми до рішення». Натомість вона передбачає глибоку присутність психолога «тут і зараз», співпереживання, спільний пошук розуміння й сенсу.

Клієнт орієнтований підхід був адаптований у різних галузях психологічної практики. Зокрема, Наталі Роджерс (донька Карла Роджерса) розвинула напрям арт-терапії, що ґрунтується на клієнт-центричних засадах. У 1980–90-х роках цей підхід почали активно використовувати в роботі з особами, які зазнали психологічної травми, зокрема ветеранами війн, жертвами насильства, біженцями тощо.

Також він знайшов своє місце в реабілітаційній психології, роботі з ПТСР, кризовому консультуванні. У цих сферах особливо важливою є чутливість до досвіду клієнта, дбайливе ставлення, відсутність тиску чи маніпуляцій.

У військовій психології США клієнт орієнтований підхід став частиною системи допомоги військовим із бойовими травмами. Його поєднують із когнітивно-поведінковою терапією, методами роботи з тілесними проявами травми, груповими інтервенціями.

Для клієнтів, які пережили бойові дії, насильство, втрату або інші глибокі травми, клієнт орієнтований підхід є особливо корисним через кілька причин:

- знижує ризик повторної ретравматизації завдяки м'якому, недирективному підходу;
- формує відчуття контролю й вибору у процесі лікування;
- дозволяє клієнту відчувати себе почутим і визнаним без осуду;
- підтримує особисту гідність клієнта, навіть у стані глибокого емоційного виснаження.

Таким чином, клієнт орієнтований підхід не лише змінив обличчя психологічного консультування, а й став фундаментом для багатьох сучасних підходів у роботі з кризовими, травмованими та вразливими групами клієнтів.

Основні ідеї Роджерса знайшли підтримку та подальший розвиток у працях таких дослідників, як:
– Наталі Роджерс, яка поєднала клієнт-центрований підхід з арт-терапією;

Natalie Rogers — донька Карла Роджерса, американська психотерапевтка, яка інтегрувала клієнт-центрований підхід у сферу арт-терапії. Вона розробила метод експресивної арт-терапії (Person-Centered Expressive Arts Therapy), який поєднує живопис, танець, драму, музику, поезію та рух як способи вираження внутрішніх емоцій і самопізнання. В її підході ключовими залишаються базові принципи гуманістичної терапії: безумовне прийняття, емпатія, автентичність, — але каналом роботи стає творча експресія. Наталі вважала, що через мистецтво людина отримує доступ до глибших пластів психіки, що дозволяє краще інтегрувати травматичний досвід та зміцнити внутрішній ресурс. Її книга "The Creative Connection" стала базовим текстом у сфері гуманістичної арт-терапії.

Eugene Gendlin, розробник методу фокусування (focusing), який базується на тілесному переживанні клієнтського досвіду; Юджин Джендлін (Eugene Gendlin) — американський філософ і психолог, який співпрацював з Карлом Роджерсом у Чиказькому університеті. Його найвідоміший внесок — метод фокусування (Focusing), заснований на ідеї "відчуття з тіла" (felt sense). Він довів, що клієнти, які здатні усвідомлювати тілесно відчуті значення свого досвіду, мають вищі шанси на позитивні зміни в терапії. Метод фокусування став самостійним напрямом у психотерапії та самодопомозі, і активно використовується у роботі з травмою, тривогою, ПТСР. Праця Gendlin "Focusing" (1978) перекладена багатьма мовами та включена до навчальних програм гуманістичних психологів у всьому світі.

Jerold Bozarth, який акцентував увагу на глибокій емпатії як терапевтичному інструменті; Джеролд Бозарт (Jerold Bozarth) — американський психолог, один із провідних дослідників клієнт-центричної терапії після Карла Роджерса. Його наукові інтереси охоплюють емпатію, недирективність, роль консультанта в терапевтичному процесі. Бозарт стверджував, що найбільше значення має не техніка, а "якість присутності" терапевта, його здатність бути у повній згоді з собою та відкритим до клієнта. У своїх роботах він детально досліджував значення емпатійного розуміння, використовуючи як якісні, так і кількісні методи. Його концепція глибокої емпатії (deep empathy) стала теоретичною базою для практиків, що працюють з уразливими та травмованими групами.

David Cain та Tony Merry, які систематизували наукову базу клієнт-центрованої практики; David Cain та Tony Merry — британські дослідники, які зробили значний внесок у формалізацію клієнт-центричного підходу як науково обґрунтованої психотерапевтичної моделі. Cain редагував збірки текстів Карла Роджерса, а також випустив у співавторстві кілька книжок, що аналізують теоретичні основи і практичні виклики клієнтоорієнтованої терапії. Merry займався популяризацією підходу в академічному середовищі Великобританії, викладав у University of East London, і досліджував ефективність недирективного підходу. Обоє виступали за збереження автентичності клієнт-центричної практики на противагу комерціалізації психологічної допомоги.

Robert Carkhuff та Charles Truax, які емпірично вивчали ефективність терапевтичних відносин і ролі гуманістичних факторів у змінах. Robert Carkhuff і Charles Truax — американські психологи, які здійснили емпіричну перевірку ефективності факторів терапевтичного процесу. Їх дослідження стали піонерськими у сфері вимірювання таких змінних, як емпатія, прийняття, конгруентність і їхній вплив на результативність терапії. Вони розробили шкали оцінки якості взаємодії між консультантом і клієнтом, що дало змогу перейти від описової до наукової моделі гуманістичної терапії. Їхня праця "Toward Effective Counseling and Psychotherapy" (1967) використовується в підготовці психотерапевтів у США та за її межами й донині.

1.2. Психологічні особливості військовослужбовців як клієнтів

Військова служба є особливою професійною діяльністю, що пов'язана з підвищеним рівнем відповідальності, дисципліни, стресу, а часто і ризиком для життя. У зв'язку з цим військовослужбовці як клієнти психологічного консультування мають низку специфічних психологічних характеристик, які необхідно враховувати при виборі підходів, методів і стилю комунікації.

Психологічний профіль військовослужбовця формується під впливом ряду факторів: [Gumenyuk, 2020; Department of Veterans Affairs, 2020].

- специфіка військової підготовки,
- вимоги до поведінки в умовах командної ієрархії,

- можливість участі в бойових діях,
- необхідність пригнічувати емоції заради виживання або виконання наказу,

- високий рівень групової солідарності.

Ці фактори формують у військового:

- високу самодисципліну,
- низьку толерантність до проявів слабкості (у тому числі власної),
- схильність до контролю та стриманості в емоціях,
- орієнтацію на дію і вирішення завдань, а не на саморефлексію, залежність від групи / підрозділу як важливого джерела підтримки і лояльності. [National Center for PTSD, 2022; Monteith et al., 2021]

У мирному житті багато з цих рис можуть ускладнювати адаптацію, знижувати відкритість до емоційної роботи, заважати формуванню довірливого контакту з психологом.

Серед основних труднощів у консультуванні військових виділено такі: стигматизація психологічної допомоги. У військовому середовищі ще й досі зберігається стереотип, що звернення до психолога є ознакою слабкості або "непридатності до служби". Це значно знижує мотивацію до звернення, особливо у професійних військових з високим рівнем самоконтролю. Багато хто приховує симптоми ПТСР, тривожності, депресії — навіть від себе. [American Psychological Association, 2020; Hoge et al., 2006].

1. Емоційна закритість. Часто військові клієнти приходять до психолога з чітким запитом ("не можу спати", "зриваюся на дітей", "біль у грудях"), але не пов'язують це із психологічною травмою. При цьому вони схильні уникати глибоких розмов про почуття, утримуватися від сліз, демонструвати "стійкість" навіть на шкоду собі. [Litz et al., 2009]

2. Проблеми із самоідентифікацією. Після демобілізації або завершення служби багато військових відчують "втрату себе", оскільки їхня ідентичність була тісно пов'язана з роллю воїна, командира, бійця. У цивільному житті вони можуть почуватися розгубленими, втрачати сенс, не розуміти, як функціонувати поза армією. [Ramchand et al., 2014]

3. Підвищений рівень недовіри. У деяких військових є упереджене ставлення до цивільних спеціалістів, особливо якщо психолог не має досвіду військової служби. Це породжує потребу в довшому встановленні контакту, більше зусиль для формування довіри. [Bozarth, 2002; Shay, 1994]

4. Травматичний досвід. У багатьох військових за плечима — важкі втрати, участь у бойових діях, пережиті обстріли, смерть побратимів, поранення. Це може призвести до симптомів ПТСР, хронічної тривожності, гіперзбудження, нічних жахів, депресії, агресивності. Такі прояви можуть не одразу ідентифікуватися самим клієнтом як "психологічна проблема". [van der Kolk, 2015; Herman, 1992].

На основі аналізу практики та досліджень у сфері військової психології [Department of Veterans Affairs, 2020; National Center for PTSD, 2021]

Виділяють кілька ключових потреб військовослужбовців, які звертаються по допомогу:

- Потреба в довірі — клієнт повинен бути впевнений, що психолог його не зрадить, не засудить і не передасть інформацію командуванню.
- Потреба в структурі — багато військових краще реагують на чіткі рамки, короткі інтервенції, визначені цілі сесій.
- Потреба в контролі — важливо залишати за клієнтом відчуття контролю над процесом терапії, враховуючи його військовий досвід.

- Потреба у відновленні самоцінності — допомога у переосмисленні власної цінності після втрат, поранень, завершення служби.

- Потреба у визнанні травми — клієнт може потребувати простору, де його досвід буде визнаний і "легалізований", а не знецінений словами "іншим ще гірше було".

Крім особистісних і професійних аспектів, на військовослужбовця як клієнта впливають культурні установки:

- Колективізм — у військовому середовищі цінується групова єдність, взаємо підтримка, готовність жертвувати заради інших. Це може як допомагати (через підтримку побратимів), так і шкодити (через придушення власних потреб).

- Гендерні установки — чоловіки-військові часто виховані в дусі "бути сильним", що створює внутрішній конфлікт при зустрічі з уразливістю.

- Культура героїзації — в суспільстві військових часто сприймають як "героїв", але це позбавляє їх права на слабкість, емоції, біль. Така "героїзація" може заважати зверненню по допомогу.

Розглянемо практичні аспекти роботи з військовими. Для ефективного консультування психолог має:

- демонструвати повагу до військового досвіду клієнта;
- не ставити нав'язливих запитань про події на фронті без згоди клієнта;
- бути чесним і прозорим у межах своєї ролі;
- пропонувати клієнту вибір (в темах, ритмі, методах);
- використовувати адаптивні техніки (наприклад, метафори, арт-методи, тілесно-орієнтовані практики);
- бути готовим до сильних емоцій — гніву, сорому, провини, байдужості;

- розуміти, що встановлення контакту може потребувати більше часу, ніж зазвичай. [Courtois & Ford, 2013; Ogden et al., 2006].

Наукові публікації (наприклад, звіти VA — Department of Veterans Affairs у США) свідчать, що найбільш ефективними підходами для ветеранів та військових є:

- клієнт орієнтована терапія (особливо у поєднанні з СВТ),
- групова підтримка з побратимами,
- тілесно-орієнтовані підходи (через роботу з соматичними проявами),
- психоосвітні програми про ПТСР і стратегії подолання.

Досвід країн НАТО, зокрема США, показує, що ефективність консультування зростає, якщо:

- терапевти проходять спеціальну підготовку з військової тематики;
- використовуються моделі "peer support" (підтримка рівним);
- системи підтримки включають сім'ї військових.

1.3. Вплив травматичного досвіду на потреби у консультуванні

Психологічна травма є одним із центральних феноменів у роботі з військовослужбовцями. В умовах війни або збройного конфлікту військові стикаються з критичними подіями, які загрожують життю, безпеці, цілісності тіла та психіки. Це можуть бути безпосередня участь у бойових діях, поранення, смерть побратимів, полон, втрата сенсу життя або важке моральне навантаження. Наслідком таких переживань є формування посттравматичного стресового розладу (PTSD), бойового стресу, травматичної депресії чи інших психологічних порушень.

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) — це психічний розлад, який виникає як реакція на один або серію надзвичайно травматичних подій. Для військовослужбовців джерелом ПТСР часто виступають бойові дії, втрата товаришів, пережитий страх смерті, контакт із пораненими або загиблими.

Клінічні прояви ПТСР включають:

- повторне переживання травми у вигляді флешбеків, нічних жахів, нав'язливих спогадів;
- уникання ситуацій або людей, пов'язаних із травматичним досвідом;
- підвищену пильність, дратівливість, гіперзбудження, труднощі зі сном;
- емоційну оніміння, втрату здатності до радості, любові, інтересу;

відчуття провини (особливо у випадках «виживання», коли загинули побратими). [National Center for PTSD, 2022; Herman, 1992].

PTSD значно знижує якість життя військового, його здатність адаптуватися до мирного життя, налагоджувати стосунки з родиною, функціонувати на роботі.

Бойовий стрес — це реакція психіки на екстремальні умови ведення бойових дій. Він є нормальним, адаптивним станом, який може переходити у патологічний, якщо триває довго або супроводжується сильними потрясіннями.

Типові прояви бойового стресу:

- тимчасове порушення концентрації уваги, координації, пам'яті;
- емоційні коливання: від апатії до агресії;
- соматичні симптоми: головний біль, біль у м'язах, тремор, тахікардія;
- «ефект тунельного зору», відчуття нереальності;
- зниження емоційного фону, втома, знеособлення.

Хоча бойовий стрес може минути самостійно після повернення до безпечного середовища, у значної частини військових він переходить у хронічну форму або стає тригером розвитку ПТСР.

У військових, які пережили травматичні події, психологічні потреби суттєво відрізняються від потреб звичайного цивільного клієнта. Травма впливає не тільки на психіку, а й на особистість, систему цінностей, самоідентичність.

Дослідники акцентують увагу на основних наслідках травми, які визначають специфіку консультування:

1. Порушення базового відчуття безпеки. Військові, які пережили бойові дії, часто не відчують себе в безпеці навіть у мирному середовищі. Вони можуть залишатися «на сторожі», спати з ножом під подушкою, уникати великих скупчень людей, не довіряти навіть близьким. Психологу важливо створити простір, де клієнт поступово зможе відчувати безпечність і контроль.

2. Порушення довіри до людей та інституцій. Травма — особливо та, що супроводжувалася зрадою, байдужістю або втратами — формує глибоку недовіру. Військові часто не вірять, що хтось може їх зрозуміти. Це ускладнює встановлення контакту та процес консультування.

3. Порушення цілісності "Я". Травматичний досвід може викликати внутрішній розкол: "я тоді" (на війні) і "я тепер" (у мирному житті). Людина не розуміє, як зібрати себе заново, відновити ідентичність. Психолог має допомогти клієнту знайти цілісність, інтегрувати досвід, не відкидаючи його.

4. Гіперчутливість до емоційних тригерів. Травмовані військові можуть мати вибухову реакцію на звуки, запахи, спогади, жести або слова, які асоціюються з бойовими подіями. Це вимагає делікатності, дотримання темпу, уникання повторної ретравматизації.

5. Потреба у відновленні сенсу. Багато військових після війни втрачають віру в справедливість, людяність, Бога, себе. Вони потребують підтримки у пошуку нового сенсу життя — як жити після того, що сталося.

У світовій практиці (зокрема в США) сформувалися кілька моделей консультування, адаптованих до потреб військових із ПТСР. Ключовими компонентами таких підходів є:

- Травмофокусована терапія — робота з пам'яттю про події, емоціями, когнітивними спотвореннями, самооцінкою.
- Когнітивно-поведінкова терапія (CBT) — допомагає переосмислити автоматичні думки, подолати уникання, навчитися справлятися з тригерами.
- Методи стабілізації — дихальні техніки, тілесна робота, арт-терапія, ресурсні практики для відновлення внутрішнього контролю.
- Групові інтервенції — підтримка "рівними", спільна ідентичність, обмін досвідом.

У клієнт орієнтованому підході особлива увага приділяється:

- створенню атмосфери безумовного прийняття та емпатії;
- мінімізації директивності;
- підтримці клієнта в самостійному русі до зцілення;
- повазі до його темпу, рішень, навіть якщо вони здаються "повільними" чи "непродуктивними".

Хоча існують підходи, що прямо націлені на подолання ПТСР (експозиційна терапія, EMDR, ТФ-КПТ), клієнт орієнтований підхід виконує фундаментальну роль у створенні безпечного середовища, нормалізації переживань, поверненні контакту із собою.

Його сила — у глибокій присутності та прийнятті. Психолог не тисне, не змушує «пригадати» чи «опрацювати», але підтримує клієнта у його русі до відновлення — навіть якщо це дуже повільний процес. Для травмованих людей важливо не лише "прибрати симптоми", а повернути собі гідність, людяність, контроль над життям.

Практичні висновки

1. Військові, які пережили травматичний досвід, мають особливі потреби в консультуванні, які повинні враховувати тип травми, її тривалість, супутні психологічні наслідки. [van der Kolk, 2015; Neimeyer, 2001].
2. ПТСР і бойовий стрес потребують обережного, емпатійного та гнучкого підходу, орієнтованого на стабілізацію, безпечну взаємодію і поступову інтеграцію досвіду. [Courtois & Ford, 2013].
3. Клієнт орієнтований підхід, завдяки своїм гуманістичним принципам, є ефективним фреймворком для довготривалої роботи з травмою. Він може поєднуватися з іншими терапевтичними методами (СВТ, тілесно-орієнтовані практики), але залишає в центрі повагу до особистості клієнта. [Rogers, 1957; Norcross & Wampold, 2011].

4. Консультування військових має бути адаптованим не тільки до індивідуального досвіду, а й до соціокультурного контексту, військової мови, етичних стандартів, і потребує підготовки психологів, здатних працювати з травмою у довготривалій перспективі. [Figley, 2002; Schafer & Rechter, 2020].

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз основних понять, концепцій і психологічних характеристик, що формують основу клієнт орієнтованого підходу в контексті психологічного консультування військовослужбовців. Узагальнюючи результати аналізу, можна зробити такі ключові висновки

Клієнтоорієнтований підхід у психології, запропонований Карлом Роджерсом, є одним із провідних гуманістичних напрямів сучасного психологічного консультування. Його основні принципи — безумовне прийняття клієнта, емпатійне розуміння, автентичність консультанта, віра в потенціал особистості та повага до її автономії — створюють підґрунтя для ефективної взаємодії з людьми, які пережили психотравмуючі ситуації. Цей підхід став основою для розробки багатьох сучасних терапевтичних практик, зокрема у сфері роботи з травмою.

Психологічний портрет військовослужбовця як клієнта має низку особливостей, зумовлених специфікою військової служби. Це, зокрема, висока дисциплінованість, схильність до пригнічення емоцій, труднощі в саморефлексії, орієнтація на вирішення конкретних завдань, а також важливість групової ідентичності. Ці характеристики створюють як ресурси, так і бар'єри у процесі консультування. Зокрема, стигматизація психологічної допомоги, емоційна закритість, недовіра до «цивільних» спеціалістів і труднощі з адаптацією після служби ускладнюють процес встановлення довіри та ефективної терапевтичної взаємодії.

Травматичний досвід, зокрема пов'язаний із бойовими діями, є надзвичайно поширеним явищем серед військовослужбовців і суттєво впливає на їх психологічний стан. Основними наслідками таких переживань є посттравматичний стресовий розлад (PTSD), бойовий стрес, депресивні й тривожні стани, а також глибокі зміни у системі цінностей, уявленнях про себе, світ і майбутнє. Ці порушення часто супроводжуються емоційною відстороненістю, гіперзбудженістю, униканням, відчуттям провини або знеціненням власного досвіду. Потреби травмованих військових у консультуванні мають специфічний характер і передбачають створення безпечного простору, стабільної та довірливої терапевтичної взаємодії, уникнення ретравматизації, підтримку самостійності клієнта, визнання його болісного досвіду та роботу над поверненням сенсу життя. Важливою є також адаптація мови, ритму, стилю консультування до культури військового середовища. Клієнт орієнтований підхід має високу ефективність у роботі з військовими, які пережили психологічну травму, оскільки забезпечує умови для глибокого особистісного контакту, визнання досвіду клієнта, поваги до його внутрішнього світу та темпу змін. Він особливо корисний у поєднанні з іншими методами (когнітивно-поведінковими, тілесно-орієнтованими, арт-терапевтичними), але виконує ключову функцію гуманізації взаємодії та побудови довіри. Теоретичний аналіз дозволяє стверджувати, що поєднання знань про особливості військової психіки, специфіку травми та гуманістичних основ клієнт орієнтованого підходу є необхідною умовою для формування ефективної практики психологічного консультування військовослужбовців.

У результаті аналізу було обґрунтовано, що:

- психологічна допомога військовим має спиратись не лише на протокольні втручання, а й на феноменологічне розуміння клієнта як цілісної особистості, здатної до зростання за умови прийняття, емпатії та безпечного простору;

- клієнтоорієнтований підхід забезпечує саме такі умови: він дозволяє адаптувати терапевтичний процес до глибоко індивідуального досвіду кожного ветерана, підтримуючи його автономію, гідність і особисту відповідальність за процес зцілення.

Перший розділ створює науково-теоретичну основу для подальшого аналізу практик консультування в контексті американської психології (розділ 2) та пошуку шляхів адаптації цього досвіду до потреб українських військових (розділ 3)

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ У США

2.1. Моделі психологічної допомоги в армії США

Збройні сили Сполучених Штатів Америки мають одну з найрозвиненіших у світі систем психологічної підтримки військовослужбовців, яка постійно вдосконалюється відповідно до соціальних викликів та змін у характері воєнних дій. Досвід США є унікальним з огляду на масштаб, тривалість, наукову базу та інституційну підтримку програм психологічного консультування, що орієнтовані на потреби військових як під час служби, так і після демобілізації.

Ключовим елементом ефективності таких програм стало впровадження клієнт орієнтованих принципів у роботу з військовими, зокрема тими, хто зазнав бойового стресу, посттравматичних розладів або проблем адаптації до мирного життя. У рамках даного розділу буде розглянуто історію становлення військової психології у США, проаналізовано інституційні моделі надання психологічної допомоги (зокрема через VA, DoD), описано практики, які відображають застосування клієнтоорієнтованого підходу, та етичні стандарти взаємодії з військовими клієнтами.

Вивчення досвіду США дозволяє не лише окреслити ефективні механізми підтримки, а й сформулювати уявлення про можливості адаптації подібних підходів в українських умовах. Цей аналіз слугуватиме підґрунтям для наступного розділу, присвяченого порівнянню й адаптації західних практик до вітчизняної системи психологічної допомоги військовим.

Військова психологія як окрема галузь наукового знання та практичної діяльності почала формуватися на початку XX століття у відповідь на потреби армії у психологічному відборі, адаптації, підготовці та реабілітації особового складу. Сполучені Штати Америки стали однією з перших країн, яка системно включила психологічні знання у військову сферу. Від початкових спроб тестування новобранців до сучасних міждисциплінарних програм реабілітації ветеранів — розвиток військової психології у США пройшов довгий і динамічний шлях.

Розглянемо ключові етапи становлення, основні напрямки діяльності та принципи, що сформували сучасну американську модель психологічного забезпечення військовослужбовців.

Перші системні спроби використати психологію у військовій сфері в США належать до періоду Першої світової війни. У 1917 році була створена Комісія з психологічного тестування Армії США, яка розробила стандартизовані тести для визначення психічної придатності призовників.

Одним із найвідоміших інструментів став Army Alpha Test — груповий вербальний інтелектуальний тест, що дозволив ефективно оцінювати тисячі новобранців одночасно. Для малограмотних або неграмотних призовників був створений Army Beta Test — невербальний тест. [Department of Veterans Affairs, 2021; Joseph & Linley, 2008].

Хоча ці інструменти не були досконалими, вони започаткували практику психологічного скринінгу в армії та заклали основу для подальшого розвитку військової психології як прикладної науки.

У міжвоєнний період (1920–1939) розвиток військової психології у США уповільнився через демобілізацію армії та скорочення фінансування. Однак саме в цей час психологія почала інституціоналізуватися як наука: були засновані кафедри прикладної психології у провідних університетах, зростала кількість досліджень у галузі поведінки людини у стресових умовах.

Психологи, які брали участь у Першій світовій війні, сформували перше покоління спеціалістів, готових у майбутньому очолити психологічні підрозділи армії.

Друга світова війна стала вирішальною у формуванні системної військової психології США. Зростаюча мобілізація, масштабні бойові дії, необхідність швидкої адаптації новобранців, а також високі втрати та психологічні зриви вимагали глибшого залучення психологів.

Основні напрями розвитку психологічної допомоги військовим в цей період: [Figley, 2002; Carlsson et al., 2005]

- Введення масового психологічного тестування;
- Поява відділів психологічної підготовки у частинах;
- Залучення психологів до реабілітації військових із "бойовим шоком" (прототип ПТСР);
- Розробка методик оцінки лідерських якостей, бойової ефективності, стресостійкості.

У 1944 році було створено Армійський Інститут психології (Army Institute of Psychology), який координував дослідження, навчання і впровадження психологічної підтримки на фронті.

Важливою віхою стало розуміння, що психологічна травма — це не прояв слабкості, а закономірна реакція психіки на надмірне навантаження. Вперше почали використовуватись техніки дифузії стресу, короткотривалих інтервенцій, евакуації солдатів до зон відпочинку без госпіталізації. [van der Kolk, 2015; Herman, 1992].

Після завершення Другої світової війни армія США зберегла та розширила психологічну інфраструктуру. У період Корейської війни (1950–1953) та війни у В'єтнамі (1965–1973) зросла потреба у підготовлених військових психологах.

Почали формуватися штати клінічних психологів в армії, ВПС та флоті США, що працювали безпосередньо з солдатами на фронті та у шпиталях. З'явилися перші програми перепідготовки ветеранів, зокрема у межах новоствореного Department of Veterans Affairs (VA).

Особливої уваги у 1970-х роках набули дослідження бойового стресу та його довготривалих наслідків, які заклали основу для подальшого визнання ПТСР як окремого клінічного діагнозу (DSM-III, 1980).

Офіційне визнання посттравматичного стресового розладу (PTSD) як діагнозу в 1980 році стало поворотним моментом.

Це сприяло:

- розвитку наукових досліджень механізмів травми;
- формуванню стандартів терапії ПТСР у військових;
- створенню спеціалізованих центрів підтримки ветеранів;
- збільшенню фінансування VA та DoD на психологічну реабілітацію.

У 1989 році було засновано National Center for PTSD, який став головним науково-методичним центром у США з розробки та поширення клінічних рекомендацій для терапії ПТСР у військових.

Події 11 вересня 2001 року та подальші війни на Близькому Сході призвели до безпрецедентного збільшення кількості військовослужбовців, які зазнали психологічної травми. Це стало викликом для системи VA та призвело до:

- масштабного впровадження мобільних груп психологічної підтримки;
- активного використання когнітивно-поведінкової терапії (CBT), EMDR, травмофокусованої терапії;
- впровадження програм навчання командирів у виявленні ознак психологічного виснаження;
- запуску програм сімейного консультування;

- розширення телемедичних програм підтримки ветеранів у віддалених районах.

У 2010-х роках активно впроваджувалися програми peer-to-peer підтримки, де ветерани допомагали іншим ветеранам долати наслідки травми. Це підвищувало довіру та ефективність реабілітації.

На сьогодні військова психологія США — це:

- потужна система дослідницьких центрів (VA, DoD, RAND, APA);
- мережа клінічних психологів, які працюють у військових частинах та шпиталях;
- стандартизовані протоколи терапії ПТСР;
- акцент на клієнтоорієнтованість, культурну чутливість, індивідуалізацію підходів;
- інтеграція новітніх технологій (віртуальна реальність, біофідбек, телетерапія);
- багаторівнева система підтримки військових — від новобранця до ветерана.

Важливим компонентом є етична підготовка психологів, особливо в контексті роботи з травмою, самогубствами, конфіденційністю.

Історія розвитку військової психології у США демонструє перехід від вузько функціонального тестування до цілісної гуманістично-орієнтованої системи допомоги.

Особливостями американської моделі є:

- опора на наукові дослідження;
- постійна адаптація до нових реалій війни;
- клієнтоорієнтованість;
- міжвідомча координація (DoD, VA, APA);
- інтеграція психотерапії, реабілітації, освіти і підтримки сімей.

Цей досвід є цінним для країн, які лише формують власну систему військової психологічної допомоги, зокрема України. Його аналіз та адаптація дозволяють з урахуванням культурних та соціальних особливостей вибудовувати ефективну модель психологічного консультування військових.

Система психологічної допомоги військовослужбовцям у США вирізняється складною багаторівневою структурою, що охоплює весь життєвий цикл військового — від вербування до демобілізації, повернення до цивільного життя та ветеранізації. Основними інституційними елементами цієї системи є Міністерство оборони США (DoD) та Міністерство у справах ветеранів (VA). Крім того, важливу роль відіграють спеціалізовані програми підтримки, що реалізуються як у рамках державної політики, так і в партнерстві з недержавними організаціями.

1. Міністерство оборони США (Department of Defense – DoD)

Міністерство оборони (DoD) несе відповідальність за психологічну підтримку особового складу під час активної служби. Психологічне забезпечення реалізується через мережу військових шпиталів, центрів бойової підготовки, підрозділів медичної служби, а також спеціалізовані інститути (наприклад, Uniformed Services University of the Health Sciences).

Основні напрями діяльності DoD у сфері психології:

- Психологічний відбір і скринінг (перед вступом на службу).
- Психологічна підготовка до бойових умов.
- Підтримка бойового духу та психоемоційної стабільності.
- Надання екстреної психологічної допомоги на фронті.
- Постбойова діагностика та скринінг психічних розладів.
- Програми профілактики самогубств серед військових.

Схарактеризуємо основні моделі Department of Defense – DoD:

Combat and Operational Stress Control (COSC) — програма управління бойовим та операційним стресом. Її мета — навчити солдатів і командирів ідентифікувати симптоми стресу, запобігати психологічним зривам, створювати механізми внутрішньої підтримки в підрозділах.

"Combat and Operational Stress Control (COSC) is a set of programs developed by the U.S. Army to reduce the incidence and severity of operational stress reactions in military personnel." (U.S. Army Medical Department, 2009)

Battlemind Training — когнітивно-поведінкова програма, що готує військовослужбовців до психологічних викликів бойової обстановки, а також до повернення до мирного життя. Вона спрямована на розвиток самосвідомості, емоційного контролю, навичок комунікації. "Battlemind training prepares soldiers to face the psychological demands of combat and facilitates smoother transitions during reintegration. It helps soldiers 'reframe' combat experiences into skills for civilian life." (Adler, Bliese & Castro, 2009)

Embedded Behavioral Health (EBH) — модель інтеграції військових психологів у бойові підрозділи. Психологи розташовуються безпосередньо поруч із солдатами в зоні служби, щоб бути доступними "на місці" та забезпечити постійний супровід.

2. Міністерство у справах ветеранів (Department of Veterans Affairs – VA)

"VA's model of care integrates physical and mental health services, promoting recovery-oriented and veteran-centric practices throughout the healthcare system." (Kizer & Dudley, 2009)

VA відповідає за медичне, психологічне та соціальне забезпечення ветеранів після завершення служби. Це найбільша у США система охорони психічного здоров'я, яка включає:

- понад 170 медичних центрів VA;
- 1100 клінік первинної медико-психологічної допомоги;
- десятки спеціалізованих PTSD-центрів;

- Центр національних досліджень ПТСР (National Center for PTSD).

Основні моделі та сервіси VA:

Primary Care–Mental Health Integration (PCMHI) — інтеграція психологічної допомоги у систему первинної медичної допомоги. Психологи та психіатри працюють у складі сімейних лікарів VA, забезпечуючи раннє виявлення ПТСР, депресії, тривожності.

Vet Centers — мережа спеціалізованих неформальних центрів підтримки для ветеранів, які повернулися з бойових дій. Пропонують індивідуальне, групове консультування, підтримку сімей, психоосвіту. Працівниками часто є самі ветерани, що підвищує рівень довіри. "Vet Centers offer community-based counseling to veterans and their families in a non-clinical setting, aiming to foster trust and openness, particularly for those reluctant to seek care in formal VA facilities." (Department of Veterans Affairs, 2021)

PTSD Clinical Teams (PCT) — міждисциплінарні команди, що працюють з ветеранами, які мають виражені симптоми ПТСР. Застосовуються стандартні протоколи, включаючи Cognitive Processing Therapy (CPT), Prolonged Exposure (PE), EMDR. "The PTSD Clinical Teams (PCT) are specialized outpatient programs within the VA that provide evidence-based treatments like Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for veterans diagnosed with PTSD." (National Center for PTSD, 2022)

Residential Rehabilitation Programs — стаціонарні програми тривалої психологічної реабілітації (до 3–6 місяців), що включають як психотерапію, так і соціальну адаптацію, роботу з втратою, навичками самообслуговування.

TeleMental Health Services — телепсихологія, яка дає можливість ветеранам, які проживають у віддалених районах, отримати доступ до фахівців за допомогою відеозв'язку.

3. Програми підтримки, що реалізуються міжвідомчо або за підтримки неурядових організацій

Окрім DoD та VA, у США діють десятки програм підтримки, що доповнюють офіційні канали допомоги:

Military OneSource. Інформаційна й консультаційна платформа, що забезпечує психологічну підтримку, кризове консультування, юридичну й фінансову допомогу для військових і членів їхніх родин. Доступна 24/7.

Give an Hour. Програма добровільного надання безкоштовної психологічної допомоги від цивільних фахівців для ветеранів і військових. Основна мета — зниження бар'єрів до звернення по підтримку.

Wounded Warrior Project. Недержавна організація, що пропонує комплексну допомогу пораненим військовим, включаючи групову терапію, підтримку при ПТСР, реінтеграцію, кар'єрне консультування.

Team RWB / Team Rubicon / The Mission Continues. Волонтерські програми для ветеранів, що поєднують фізичну активність, соціальну залученість, лідерство та допомогу громаді як методи психологічного відновлення.

Моделі, які реалізуються у США, мають кілька спільних характеристик:

- Клієнтоорієнтованість — увага до індивідуального досвіду, особистих потреб та темпу клієнта.
- Інтегративність — поєднання медичних, психотерапевтичних, освітніх, соціальних сервісів.
- Безперервність підтримки — від моменту вступу до армії до завершення життя (особливо у випадках інвалідності).
- Доступність — спрощені процедури звернення, в тому числі онлайн.
- Фокус на реінтеграції — допомога ветеранам повернутися до соціального функціонування, сім'ї, роботи.

- Співпраця з родинами — розширення терапевтичного впливу на сімейне середовище.

Система психологічної допомоги військовим у США є однією з найрозвиненіших у світі. Вона функціонує на основі міжвідомчої координації, багаторівневої моделі допомоги (від скринінгу до тривалої реабілітації), широкого використання сучасних методів психотерапії та інноваційних технологій.

Важливими є адаптивність до змін у характері воєнних дій, відкритість до партнерств із громадськими ініціативами та орієнтація на якість життя ветерана, а не лише на зменшення симптомів.

У контексті української практики аналіз таких моделей дає змогу не лише оцінити потенціал інституційної розбудови, а й формувати бачення ефективного клієнтоорієнтованого підходу до психологічної допомоги військовослужбовцям. Отже, дані моделі демонструють ефективність цілісного, індивідуалізованого підходу до підтримки військових з бойовим досвідом, що може бути адаптований до українських реалій.

2.2. Порівняльний аналіз психоемоційного стану американських ветеранів

Метою цього розділу є порівняння двох категорій військовослужбовців США — ветеранів війни у В'єтнамі та ветеранів нещодавніх конфліктів в Іраку та Сирії — з точки зору їхніх психологічних потреб, пережитого досвіду та ефективності клієнтоорієнтованих підходів у процесі консультування. Таке порівняння дозволяє виявити, як змінюється характер психологічної травми в залежності від контексту війни, культурного середовища та типу отриманої підтримки, а також які методи допомоги є більш ефективними в різних історичних періодах.

Ветерани війни у В'єтнамі (1965–1973) належать до покоління, яке зіткнулося з глибокими моральними конфліктами, низьким рівнем суспільного визнання після повернення додому та обмеженим доступом до психологічної допомоги в перші десятиліття після війни. Травма у цієї групи часто була запущеною, неідентифікованою або ж стигматизованою. Допомога, яку вони отримували, у більшості випадків базувалася на загальних психіатричних підходах або була мінімальною до 1990-х років, коли PTSD був офіційно визнаний діагнозом, і почали впроваджуватись перші структуровані програми підтримки [National Center for PTSD, 2022; Herman, 1997].

Ветерани війни в Іраку та Сирії (2003–2021), навпаки, мали доступ до значно ширших можливостей допомоги: систематичний скринінг, програми раннього втручання, інтенсивна підготовка психологів, розвиток моделей EBH, Vet Centers, телемедичних сервісів та peer-to-peer підтримки. Однак, зростання темпу бойових ротацій, використання нових видів зброї, асиметричних бойових дій, вибухових поранень (blast injuries) і високої мобільності створили нові виклики в роботі з цією групою [Adler, Bliese & Castro, 2009; Department of Veterans Affairs, 2021].

Дослідницьке питання. Як відрізняються психологічні реакції та потреби ветеранів двох епох, і якою мірою клієнтоорієнтований підхід є ефективним інструментом допомоги для кожної з цих груп?

У дослідженні використано методи:

- контент-аналізу досліджень та звітів VA, APA, RAND, які стосуються обох категорій ветеранів;
- порівняльного аналізу програм допомоги (Vet Centers, EBH, Battlemind, PTSD Clinical Teams);
- аналізу кейсів ветеранів обох груп, з описом застосованих інтервенцій;

- експертного опитування (за наявності), що дозволяє оцінити сприйняття клієнт орієнтованих підходів самими ветеранами.

У результаті аналізу планується виявити:

- Спільні елементи психологічної травми та потреб;
- Відмінності в очікуваннях, рівні довіри, типах запитів;
- Практики, які продемонстрували ефективність для обох груп, і ті, що потребують адаптації;
- Уроки, які можна використати в українському контексті.

Експериментальне порівняння ветеранів В'єтнаму та Іраку/Сирії. Було проведено пілотне тестування двох груп військових ветеранів (n=12), в якому аналізувались рівні ПТСР, суб'єктивне благополуччя та ставлення до терапії.

Учасники:

- Група 1 (В'єтнам): 6 ветеранів, вік 65–80 років, термін травми — 40+ років.
- Група 2 (Ірак/Сирія): 6 ветеранів, вік 28–45 років, термін травми — 5–15 років.

Методика дослідження:

1. Опитувальники:

- *PCL-5* (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, DSM-5) — для виявлення рівня ПТСР.
- *WHO-5 Well-Being Index* — загальний рівень психологічного благополуччя.
- *Опитувальник «Готовність до терапії»* — оцінити відкритість до терапевтичного процесу.
- *Опитувальник «Очікування від терапії»* — що очікує клієнт від психолога.

2. Кількісні показники:

- Тривалість симптомів (у роках)

- Кількість звернень до психолога
- Інтервали ремісії

Таблиця 2.2.1

Аналіз даних

Показник	Група В'єтнам	Група Ірак/Сирія
Середній бал PCL-5	58	43
Середній вік	72	35
Середня тривалість ПТСР	39 років	9 років
Рівень готовності до терапії	Низький	Середній/Високий
Частота звернень	1 раз	3–4 рази

Графіки (у Додатках А, Б, В, Д, Л, К):

1. Стопчикова діаграма: порівняння PCL-5 за групами.
2. Кругова діаграма: очікування від терапії (по групах).
3. Лінійна шкала: тривалість симптомів у роках.
4. Voxplot: варіативність рівня благополуччя (WHO-5).

Ключові результати:

- У групи ветеранів В'єтнаму вищий рівень хронічності ПТСР, нижча довіра до терапії, нижча готовність до емоційної відкритості.
- Ветерани Іраку/Сирії частіше звертаються до фахівців, мають вищу адаптацію до сучасних підходів.
- Клієнтоорієнтованість в обох групах має різну ефективність: у старших — потрібен довший період встановлення контакту, у молодших — важлива автономія.

З метою кількісного вимірювання рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вибірках військовослужбовців було проведено емпіричне дослідження із застосуванням шкали PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) — стандартизованого психометричного інструменту, розробленого відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5.

У дослідженні взяли участь дві групи:

- Група 1: ветерани В'єтнамської війни (n=6), середній вік — 72 роки.
- Група 2: ветерани військових кампаній в Іраку та Сирії (n=6), середній вік — 35 років.

Результати виявили суттєву різницю між середніми показниками шкали:

- Група В'єтнам: середній бал PCL-5 становив 58, що відповідає високому рівню симптомів ПТСР з ознаками хронічного перебігу.
- Група Ірак/Сирія: середній бал — 43, що вказує на помірний рівень симптомів з потенціалом до терапевтичної корекції.

Ці результати свідчать про важливість урахування тривалості травматичного досвіду та вікових особливостей при застосуванні клієнтоорієнтованого підходу. Старші ветерани мають більш хронічний характер симптомів, демонструють нижчу динамічність у зміні установок, що вимагає від консультанта тривалішої фази стабілізації та формування довіри. Молодші учасники, з менш тривалим посттравматичним досвідом, частіше демонструють готовність до діалогу, активні очікування автономії та чітких цілей терапії.

Таким чином, результати PCL-5 дозволили не лише оцінити ступінь травматизації, а й адаптувати клієнтоорієнтовані інтервенції до реальних потреб та очікувань кожної з груп.

Для кількісного вимірювання рівня посттравматичного стресового розладу у двох вибірках ветеранів було застосовано опитувальник PCL-5. Його результати дозволили не лише встановити ступінь вираженості симптомів, а й зіставити хронічність травми у ветеранів В'єтнаму та відносну "свіжість" бойового досвіду у ветеранів Іраку та Сирії, що має безпосередній вплив на ефективність клієнтоорієнтованого підходу в консультуванні.

Характеристика опитувальника PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)

PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) is a standardized psychometric instrument used to identify symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) according to the criteria of DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition)

Таблиця 2.2.2

Characteristics of the PCL-5

Параметр	Опис
Кількість пунктів	20
Шкала	5-бальна шкала від 0 (Зовсім не турбувало) до 4 (Надзвичайно турбувало)
Період оцінки	Останній місяць
Кластери симптомів	В: Нав'язливі спогади (небажані, тривожні спогади) С: Уникання D: Негативні зміни в когнітивній і емоційній сфері Е: Підвищене збудження
Формат запитань	Кожен пункт формулюється як: "Наскільки вас турбувала наступна проблема впродовж останнього місяця?"
Приклади запитань	• «Повторювані, тривожні та небажані спогади про травматичну подію?» • «Повторювані тривожні сни про травматичну подію?»
Максимальний загальний бал	80

Клінічний поріг	Зазвичай від 31 до 33 балів (може відрізнятися залежно від дослідження)
Призначення	Скринінг, діагностика та відстеження змін симптомів упродовж терапії

1. Оцінка психологічного благополуччя за допомогою WHO-5 Well-Being Index

Застосування шкали WHO-5 Well-Being Index дало змогу кількісно оцінити рівень загального психологічного благополуччя серед ветеранів двох різних поколінь — В'єтнамської війни та військових кампаній в Іраку/Сирії. Порівняльний аналіз виявив помітні відмінності, які мають важливе значення для психотерапевтичної практики. Ветерани В'єтнамської війни продемонстрували нижчі показники благополуччя (середній бал — 36), що свідчить про наявність хронічного психоемоційного виснаження, апатії та значно знижену якість життя. Їхній емоційний стан формувався в умовах багаторічного уникання звернення по допомогу, відсутності адекватної терапевтичної підтримки впродовж десятиліть, а також культурного табу на вираження емоцій. Ці дані вказують на низьку внутрішню готовність до терапії, потребу в тривалій фазі стабілізації та створенні атмосфери глибокої емпатії та прийняття.

Натомість ветерани Іраку/Сирії мали вищі результати WHO-5 (середній бал — 58), що відповідає помірному рівню психічного благополуччя. Незважаючи на наявні ознаки тривожності, респонденти з цієї групи демонстрували вищу мотивацію до терапії, відкритість до емоційного самовираження, активні очікування від консультанта та позитивну динаміку в контакті. Вони також більше орієнтувались на конструктивні інтервенції та самостійну роботу над відновленням.

Результати WHO-5 підтвердили гіпотезу про те, що вікова категорія, тривалість травматичного досвіду і культурний контекст пережитої війни суттєво впливають на рівень суб'єктивного благополуччя та ефективність клієнтоорієнтованої терапії. Для старших клієнтів необхідно знижувати темп терапії, фокусуючись на підтримці, валідації емоційного досвіду та поступовій реконструкції довіри. Молодші клієнти, навпаки, потребують активного включення у процес, структурованих технік і збереження автономії.

Таким чином, опитувальник WHO-5 не лише виконав функцію психодіагностичного інструменту, а й допоміг адаптувати терапевтичну стратегію відповідно до особливостей кожної групи клієнтів.

Опитувальник WHO-5 підтвердив важливу тенденцію: ветерани В'єтнаму демонструють нижчі показники загального психічного благополуччя, що відповідає хронічному ПТСР та довготривалій ізоляції. У той час як ветерани Іраку/Сирії демонструють більшу емоційну пластичність і здатність до включення в терапевтичний процес. У контексті клієнтоорієнтованого підходу це означає, що при роботі з першою групою акцент варто робити на стабілізації та підтримці, тоді як з другою — можна швидше переходити до процесуальної роботи над травмою.

Таблиця 2.2.3

Характеристика опитувальника (WHO-5 Well-Being Index Overview)

Параметр	Опис
Кількість пунктів	5
Шкала відповідей	6-бальна шкала від 0 (ніколи) до 5 (постійно)
Період оцінки	Останні два тижні
Сфера вимірювання	Позитивне емоційне благополуччя та загальна життєва задоволеність

Формулювання (англійською)	тверджень	1. I have felt cheerful and in good spirits 2. I have felt calm and relaxed 3. I have felt active and vigorous 4. I woke up feeling fresh and rested 5. My daily life has been filled with things that interest me
Метод підрахунку		Сума балів за всіма пунктами (макс. 25), потім множиться на 4 → шкала від 0 до 100
Інтерпретація результатів		0–28: ймовірна депресія 29–50: знижене психологічне благополуччя 51–100: позитивне психічне здоров'я
Сфера використання		Широко застосовується у клінічних та дослідницьких цілях для скринінгу, моніторингу та оцінки ефективності психотерапії

У межах дослідження було використано авторський опитувальник «Готовність до терапії», метою якого є виявлення рівня мотивації, відкритості та психологічної готовності клієнта до участі в психотерапевтичному процесі. Цей опитувальник не є клінічним діагностичним інструментом, але широко застосовується у практичному консультуванні для попереднього оцінювання контактності клієнта, його очікувань, установок та бар'єрів.

Таблиця 2.2.4

Therapy Readiness Assessment

Інтерпретація результатів (оцінювання готовності до терапії)

Загальний бал	Інтерпретація
41–50	Високий рівень готовності до терапії
31–40	Помірна готовність з наявністю внутрішніх бар'єрів

20–30	Низька мотивація, емоційна закритість
Менше 20	Мінімальна готовність; необхідна стабілізація та побудова довіри

Таблиця 2.2.5

Scoring Interpretation

Інтерпретація результатів (WHO-5)

Діапазон балів	Інтерпретація
0–28	Високий ризик депресії
29–50	Знижене психоемоційне благополуччя
51–100	Позитивне психічне здоров'я

Проведене дослідження з використанням опитувальника «Готовність до терапії» дозволило виявити суттєві відмінності в установках до психологічної допомоги серед представників двох груп ветеранів — В'єтнамської війни та сучасних операцій в Іраку та Сирії. Опитувальник складався з 10 тверджень, які оцінюють когнітивну, емоційну та поведінкову готовність клієнта до включення в терапевтичний процес, зокрема: віру в ефективність допомоги, відкритість до емоційного діалогу, рівень довіри до психолога, мотивацію до змін.

Експериментальні групи:

- Група 1 (ветерани В'єтнаму, n = 6): середній вік 72 роки
- Група 2 (ветерани Іраку/Сирії, n = 6): середній вік 35 років

Учасники обох груп заповнили опитувальник анонімно в присутності психолога-координатора. Середній бал у групі ветеранів В'єтнаму склав 28 балів, що відповідає низькому рівню готовності до терапії. Учасники цієї групи часто виявляли скепсис щодо психологічної допомоги, труднощі з вираженням емоцій, високий рівень міжособистісної недовіри та пасивну позицію у власному процесі зцілення. Це пов'язано як із культурним контекстом їхнього покоління, так і з багаторічним ігноруванням симптомів ПТСР без доступу до якісної терапії.

Натомість ветерани Іраку/Сирії отримали середній бал 42, що свідчить про високу терапевтичну готовність. Вони проявили більшу мотивацію до внутрішніх змін, готовність до емоційного розкриття, активну участь у процесі допомоги. Важливим є те, що ці респонденти позитивно оцінили можливість бути почутими, мати автономію у формуванні терапевтичних цілей, проявляли зацікавленість у психоосвітніх компонентах терапії.

Ветерани В'єтнаму демонструють низьку початкову готовність до терапії, що вимагає від психолога застосування клієнтоорієнтованих стратегій, з акцентом на побудову базової довіри, стабілізацію, валідацію досвіду та відновлення контролю. У роботі з такими клієнтами важливо уникати директивності та форсування тем травми.

Ветерани Іраку/Сирії є більш підготовленими до терапевтичної взаємодії, що дозволяє швидше переходити до етапів глибинної роботи, використовуючи активні техніки (CBT, EMDR), у поєднанні з принципами клієнтоорієнтованої моделі.

Ці результати ще раз підтверджують важливість індивідуального підходу, де вік, культурний контекст, досвід травми та початковий рівень мотивації мають бути ключовими змінними при побудові психотерапевтичної взаємодії. Врахування готовності до терапії — обов'язковий компонент етичної, ефективної й безпечної роботи з ветеранами.

5. Опитувальник «Очікування від терапії». Ще одним важливим аспектом емпіричного дослідження стала оцінка очікувань клієнтів від терапевтичного процесу. З цією метою було застосовано опитувальник «Очікування від терапії», який допомагає з'ясувати, які саме результати, форми взаємодії або умови допомоги є пріоритетними для клієнта ще до початку або на ранньому етапі психологічного консультування.

Expectations from Therapy

Характеристика опитувальника «Очікування від терапії»

Параметр	Опис
Кількість тверджень	12 тверджень
Шкала відповідей	5-бальна шкала Лайкерта (1 = Зовсім не важливо, 5 = Дуже важливо)
Фокус оцінювання	Дослідження уявлень клієнта про роль психолога, цілі терапії та бажаний стиль взаємодії.
Приклади тверджень	• «Я хочу, щоб мене уважно слухали без осуду.» • «Я очікую, що психолог даватиме мені поради або рішення.» • «Для мене важливо самостійно контролювати темп і глибину розмови.» • «Я хочу, щоб мені допомогли зрозуміти мої емоції.» • «Мені важливо, щоб психолог говорив просто та унікав складної термінології.» • «Я очікую, що терапія зробить мене сильнішим, а не лише дозволить говорити про біль.»

Після заповнення опитувальника всі твердження були згруповані за наступними чотирма тематичними блоками:

1. Потреба у визнанні травми та легітимізації особистого досвіду
2. Очікування контролю та автономії в межах терапевтичного процесу
3. Бажання отримати практичні інструменти (поради, техніки, рішення)
4. Очікування безпеки, емпатії та недирективного стилю комунікації

Результати опитування засвідчили різні моделі очікуваної взаємодії з психологом у двох групах:

Ветерани В'єтнаму виявляють високий запит на емпатію, визнання травматичного досвіду та недирективність. Вони менше орієнтовані на технічні аспекти терапії чи активну участь, натомість очікують «бути почутими» у безпечному середовищі.

Ветерани Іраку/Сирії мають більш активну позицію, очікують структуровану допомогу, поради, автономію у встановленні меж. Вони готові до співпраці і часто розглядають психолога як «партнера з розвитку», а не лише як слухача.

Такий підхід до аналізу очікувань дозволяє заздалегідь адаптувати стиль терапевтичної взаємодії, враховуючи установки клієнта. Це відповідає принципам клієнтоорієнтованого підходу та суттєво підвищує ефективність допомоги.

Проведене емпіричне дослідження, що охоплювало чотири опитувальники (PCL-5, WHO-5, «Готовність до терапії», «Очікування від терапії»), дозволило не лише виявити ключові відмінності між двома групами ветеранів (В'єтнам та Ірак/Сирія), але й глибше зрозуміти внутрішній досвід кожного клієнта у світлі клієнт орієнтованого підходу.

Основні спостереження:

1. За шкалою PCL-5, ветерани В'єтнаму виявили значно вищий рівень хронічного ПТСР, що підтверджує необхідність довготривалої підтримки, орієнтованої на стабілізацію, прийняття та емпатію. Натомість у групі Іраку/Сирії спостерігається менш тривалий травматичний досвід із кращими перспективами терапевтичної динаміки.

2. За шкалою WHO-5, ветерани В'єтнаму мали нижчі показники психологічного благополуччя, що супроводжувалося емоційним виснаженням, апатією, низькою мотивацією. Учасники з Іраку/Сирії демонстрували помірне благополуччя, емоційну активність і потенціал до внутрішнього зростання.

3. Опитувальник «Готовність до терапії» виявив, що старші ветерани мають низьку мотивацію до змін і високий рівень емоційної закритості, тоді як молодші ветерани характеризуються високим рівнем готовності, активним запитом і відкритістю до терапевтичного контакту.

4. Опитувальник «Очікування від терапії» показав якісно різні очікування: ветерани В'єтнаму орієнтовані на недирективність, мовчазну присутність і визнання їхнього болю, тоді як ветерани Іраку/Сирії очікують активної взаємодії, порад, контролю за темпом терапії й бачать терапевта як партнера змін.

З позиції клієнт орієнтованого підходу та феноменології (К. Роджерс, В. Франкл), терапевтична робота має починатись із глибокого прийняття клієнта у його власному світі досвіду — без спроб змінити, прискорити чи раціоналізувати процес. Емпіричні результати підтвердили, що суб'єктивна реальність кожного ветерана (вік, травма, сенси, очікування) вимагає унікального підходу, гнучкого у формі, але чіткого в ціннісному базисі: повага, емпатія, автентичність, безумовне прийняття.

Клієнт орієнтовані стратегії не лише сприяють зниженню симптоматики, а й дозволяють клієнту повернути відчуття суб'єктності, право бути в центрі процесу, а не об'єктом впливу. Для старших ветеранів це — можливість «бути побаченим» через довіру, тишу і співприсутність; для молодших — простір активного самовираження й пошуку рішень у партнерстві з консультантом.

Результати дослідження підтверджують, що вікова, історична та психологічна специфіка досвіду військових травм вимагає диференційованого підходу у межах єдиної клієнтоорієнтованої парадигми. Емпіричні дані дали змогу не лише уточнити типологію запитів і ресурсів клієнтів, а й сформулювати практичні принципи адаптації терапевтичного процесу до унікальної феноменології кожної групи.

2.3. Реалізація програми клієнт орієнтованого підходу у консультуванні американських військових

На основі аналізу та порівняння двох груп ветеранів (В'єтнам і Ірак/Сирія), було створено експериментальну міні-програму, що моделює реалізацію клієнтоорієнтованого підходу у реальних умовах консультування військових. Програма мала на меті не лише оцінити емоційний стан ветеранів, а й створити для них умови безпечної взаємодії на основі принципів гуманістичної психології (К. Роджерс).

Цілі програми:

- Сприяти встановленню довіри між клієнтом та психологом.
- Надати простір для безпечного емоційного вираження.
- Створити умови для прояву автономії клієнта в терапевтичному процесі.
- Запропонувати інструменти самоусвідомлення без тиску та директивності.

Структура програми (програма включала три умовні фази):

1. Встановлення контакту (2 сесії) — акцент на емпатійному слуханні, невербальному прийнятті, уникненні оцінювання. Особливо важливо для групи В'єтнам.

Мета: створити безпечний, приймаючий простір, у якому клієнт не відчуває тиску чи необхідності виправдовуватись. Цей етап є критично важливим для формування терапевтичного альянсу, особливо для ветеранів із глибоким травматичним досвідом (група В'єтнам).

Особливості проведення:

- Мінімум інтерпретацій і питань, максимум слухання.
- Емпатійні відповіді: «Я чую вас», «Це важливо для вас».
- Арт-методика «Моє місце сили» для непрямого входження в діалог.
- Формат «мовчазної присутності» — без тиску на діалог.
- Дозвіл клієнту обирати місце, темп, форму контакту.

Результати:

Клієнти поступово починали взаємодію з психологом, знижувався рівень напруги, з'являлись перші елементи довіри.

2. Дослідження досвіду (2–3 сесії) — клієнт сам визначає теми, які готовий обговорити. Використовувались відкриті питання, метафоричні картки, арт-елементи.

Мета: допомогти клієнтам звернути увагу на власні емоції, переживання, потреби — у тій формі, яка для них комфортна.

Методи:

- Фокусування (Е. Gendlin)
- Картки емоцій, метафори
- Вправа «Я і моя тінь»
- Дозвіл не відповідати, якщо клієнт не готовий
- Опитувальники (PCL-5, WHO-5, «Очікування»)

Особливості груп:

- Ірак/Сирія — активна рефлексія, діалог
- В'єтнам — паузи, метафори, обережна робота

3. Закріплення ресурсу (1 сесія) — підбиття підсумків, виявлення сильних сторін, формування внутрішньої опори.

Мета: допомогти клієнту усвідомити внутрішні ресурси, завершити роботу в точці прийняття і опори.

Формат:

- Вправа «Ресурсний малюнок»
- Фраза-підтримка / «терапевтична інструкція»
- Візуалізація майбутнього
- Обговорення досвіду / письмова рефлексія

Результат:

У клієнтів з'являлись ознаки усвідомлення, інтересу до себе, зниження внутрішньої напруги та зростання внутрішньої опори.

Основні інструменти:

- Опитувальники (PCL-5, WHO-5, «Готовність до терапії», «Очікування») див.Додаток А, Б і В)
- Арт-методики (малюнок «Мій щит», вправа «Безпечне місце»)

Мета: допомогти клієнту виразити внутрішні переживання, з якими складно працювати вербально; активізувати внутрішні ресурси через метафоричне мислення.

Вправа «Мій щит»

Інструкція: «Уявіть, що у вас є щит, який вас захищає. Що на ньому зображено? Який він? Які символи або образи вас захищають?»

Мета: дослідити ресурси самозахисту, зони вразливості, внутрішні опори. Робота після малюнка: клієнт за бажанням пояснює, чому вибрав певні елементи.

Вправа «Безпечне місце»

Інструкція: «Намалюйте або опишіть місце, де ви почуваетесь у безпеці. Це може бути реальна або уявна локація.»

Мета: створити внутрішній образ стабільності, який клієнт зможе викликати у складні моменти.

- Формат «мовчазної присутності» — для клієнтів, що не готові до активного діалогу.

Мета: забезпечити підтримку клієнтам, які не готові до активної вербалізації, але потребують контакту, довіри, відчуття «я поряд, ти не один».

Як проходить:

- Психолог не нав'язує тем для розмови.
- Пропонується простір тиші (малювання, музика тощо).
- Невербальна комунікація підтримки.
- Безпечна дистанція й повага до ритму клієнта.

- Техніки фокусування (Е. Gendlin) — для підвищення усвідомлення тілесних переживань.

Мета: допомогти клієнту відчутти та осмислити тілесні сигнали, що виникають у зв'язку з емоційними конфліктами.

Етапи:

1. Створення простору тиші
2. Звернення до тілесного відчуття проблеми
3. Виявлення 'відчуття цілого' (felt sense)
4. Пошук слів або образів
5. Резонанс — перевірка відповідності опису
6. Запит до цього відчуття: «Що воно хоче мені сказати?»
7. Завершення з вдячністю

Переваги:

- Обхід захисних механізмів
- Посилення самопізнання та емоційної ясності
- Актуально для клієнтів із труднощами у вербалізації почуттів

Спостереження:

- У групи В'єтнам встановлення контакту вимагало більше часу. Ключовим виявилось почуття поваги до досвіду й відсутність тиску на розкриття емоцій.

1. Темп роботи:
- Повільний вхід у контакт, мовчання у перших сесіях.
 - Бажання уникати прямих розповідей про бойові події.

2. Спілкування:
- Фактологічні висловлювання, уникнення емоційної мови, брак зорового контакту.

3. Емоційні прояви:
- Апатія, виснаження, конфлікт між потребою в допомозі та уявленням про слабкість.

4. Ефективні техніки:
- Мовчазна присутність, візуалізаційні техніки, арт-терапія без обговорення.

5. Зміни:
- Відкритість зросла до 5-ї сесії, з'явилася готовність до рефлексії.
 - У групи Ірак/Сирія спрацювала модель співпраці, клієнти були відкриті до рефлексії та формулювання цілей.

1. Темп роботи:
- Висока активність із першої сесії, ініціатива з боку клієнта.

2. Спілкування:
- Активна вербалізація, використання психологічної термінології.

3. Емоційні прояви:
- Тривожність, емоційна нестабільність, зменшення агресивності після тілесно-орієнтованих вправ.

4. Ефективні техніки:
- Фокусування, карта емоцій, вправа «Я і моя тінь», інтерпретація WHO-5.

5. Зміни:
- Посилення рефлексії, усвідомлення зв'язку між тілом та емоціями.

- Позитивну динаміку показали вправи, які акцентували вибір і контроль клієнта над темпом і змістом сесій.

Вправа «Світлофор»

Суть: клієнт використовує кольори для позначення рівня готовності до глибокої роботи:

- червоне — не готовий;
- жовте — обережно;
- зелене — готовий говорити.

Ціль: клієнт щосесійно сам визначає, наскільки глибоко хоче занурюватися в емоційні теми.

Вправа «Питання — відповідь — пауза»

Суть: клієнт має право залишити питання без відповіді або відповісти пізніше.

Ціль: усвідомлення, що він керує діалогом, і психолог не чинить тиску.

Форма: усна, або з використанням карток «+» / «пауза» / «далі».

Вправа «Моя карта руху»

Суть: клієнт малює схематичну «карту» або «дорогу» свого внутрішнього процесу — зупинки, обмеження, зони комфорту, напрямки.

Ціль: візуалізація свого ритму змін і особистих меж.

Вправа «Я вирішую»

Суть: клієнту надається набір фраз (або він їх формулює сам), що відображають автономію. Наприклад:

- «Я обираю, про що сьогодні говоритиму»
- «Я не зобов'язаний відповідати»
- «Я зупиню вправу, якщо стане занадто важко»

Форма: усна програма безпеки або письмова домовленість.

Вправа «Меню тем»

Суть: психолог пропонує клієнту перелік можливих тем або сфер для обговорення (емоції, стосунки, тіло, минуле, сьогодення), а клієнт сам обирає, що йому ближче.

Ціль: формування відчуття контролю над процесом, без тиску.

Варіант: клієнт може додати власну тему або обрати «нічого з цього».

Таблиця 2.3.7

Емпіричні результати

Показник	Група В'єтнам	Група Ірак/Сирія
PCL-5 (рівень ПТСР)	Високий (58)	Середній (43)
WHO-5 (емоційне благополуччя)	Низький (36)	Помірний (58)
Готовність до терапії	Низька (28)	Висока (42)
Очікування від терапії	Прийняття, тиша, слухання	Автономія, поради, діалог

Застосовані клієнтоорієнтовані підходи

1. Недирективне консультування (за К. Роджерсом та його послідовниками): створення умов емпатійного прийняття без тиску.
2. Фокусування (Е. Гендлін): актуалізація досвіду через тілесні відчуття.
3. Арт-інтервенції: використання малюнків, метафор, візуалізацій.
4. Підхід «мовчазної присутності»: для клієнтів, які не готові до вербалізації досвіду.
5. Опитувальники та саморефлексія: клієнт сам аналізує очікування, потреби, емоційний стан

Загальний висновок до реалізації програми

Реалізація програми клієнтоорієнтованого підходу у роботі з американськими ветеранами дозволила продемонструвати ефективність гуманістично-орієнтованої взаємодії в умовах психоемоційної напруги, травматизації та вікових відмінностей. Програма базувалася на принципах К. Роджерса, з акцентом на безумовне прийняття, емпатію, повагу до темпу клієнта та підтримку автономії.

У процесі реалізації було створено три етапи (встановлення контакту, дослідження досвіду, закріплення ресурсу), які дозволили охопити ключові психотерапевтичні завдання: формування довіри, безпечне вивільнення емоцій, інтеграція внутрішніх ресурсів.

Суттєвими інструментами виступили:

- Арт-методики («Мій щит», «Безпечне місце») — як засіб безпечної роботи з травмою;
- Фокусування — для клієнтів, які краще відчують тіло, ніж формулюють емоції;
- Мовчазна присутність — як метод ненав'язливої підтримки у перші сесії;
- Опитувальники — для самодіагностики та саморефлексії (PCL-5, WHO-5, Готовність, Очікування);
- Вправи з вибором («Світлофор», «Моя карта руху», «Я вирішую», «Меню тем») — як інструменти відновлення суб'єктності клієнта.

Детальне спостереження за двома групами показало важливі відмінності у сприйнятті терапії:

- Ветерани В'єтнаму демонстрували високий рівень ПТСР, емоційне виснаження, низьку вербальну активність та потребу у повазі й захищеності. Ефективними для них були техніки з мінімальним втручанням, тиша та символічні форми вираження.
- Ветерани Іраку/Сирії, навпаки, мали вищу активність, вищий рівень готовності до діалогу, більшу автономію. Вони потребували простору для співтворення, отримання відповідей та побудови нової ідентичності.

Емпіричні результати (опитувальники) підтвердили:

- Зниження напруги;
- Підвищення рівня рефлексії;

- Усвідомлення власних меж, потреб і прав на вибір у терапії.

Загалом, навіть короткострокове втручання, побудоване на недирективних засадах, здатне відчутно покращити якість психологічного контакту, відновити довіру клієнтів до себе та до процесу допомоги. Клієнтоорієнтований підхід виявився особливо доречним у роботі з військовими, оскільки враховує досвід травми, повагу до автономії та підтримує гідність клієнта навіть у найуразливіших станах.

Висновки до другого розділу

У Розділі 2 було здійснено комплексне дослідження особливостей реалізації клієнтоорієнтованого підходу в роботі з військовими ветеранами із ПТСР, що поєднало теоретичний аналіз феномену та емпіричне вивчення психологічних параметрів двох груп ветеранів: учасників бойових дій у В'єтнамі та в Іраку/Сирії.

У результаті огляду сучасних наукових підходів було встановлено, що клієнтоорієнтована модель консультування є ефективною у випадках, де пріоритетом є не лише редукція симптоматики, а й глибоке розуміння внутрішнього світу клієнта. Саме цей підхід дозволяє психологу адаптуватись до глибинного досвіду ветерана, не порушуючи його цілісності та автономії.

Було реалізовано експериментальне дослідження з використанням валідованих опитувальників, що надало можливість оцінити:

- рівень ПТСР (PCL-5),
- загальне психологічне благополуччя (WHO-5),
- ступінь готовності до терапії,
- а також очікування клієнта від взаємодії з фахівцем.

Отримані результати показали суттєві відмінності між двома групами:

- ветерани В'єтнаму мали вищі показники хронічного ПТСР, нижчу готовність до терапії та високу потребу у прийнятті, безпеці та підтримці;
- ветерани Іраку/Сирії продемонстрували помірний рівень ПТСР, високу мотивацію до змін, активні очікування партнерства та застосування структурованих технік.

Також було підтверджено: тривалість травми, вік та культурний контекст безпосередньо впливають на стиль терапевтичної взаємодії, ефективність вибраних методів та глибину роботи.

Таким чином, отримані нами результати не лише обґрунтовують доцільність використання клієнтоорієнтованого підходу у роботі з військовими, але й окреслюють практичні шляхи його реалізації — на основі даних, які враховують вікові особливості, досвід травматизації, емоційний стан та індивідуальні очікування клієнта. Цей підхід відкриває можливість для глибшої, етичної та гуманістичної роботи з ветеранами, що є надзвичайно актуальним у контексті сучасних викликів в Україні.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНИХ ПІДХОДІВ У ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ВІЙСЬКОВИХ

Розділ є логічним продовженням попередніх частин роботи, де було здійснено аналіз американських моделей, а також проведено порівняння двох груп ветеранів США. Тут же фокус зміщується на можливості впровадження виявлених ефективних практик в реальну допомогу українським захисникам. Особливу увагу приділено побудові типології клієнтів, стратегій адаптації терапевтичного процесу до їхніх потреб, а також етичним, освітнім та інституційним аспектам впровадження клієнтоорієнтованих підходів у військову психологію України.

3.1. Перспективи впровадження клієнтоорієнтованого підходу у психологічному консультуванні українських військових.

У світлі триваючої війни в Україні, що супроводжується масштабною мобілізацією та зростанням кількості військовослужбовців з бойовим досвідом, особливого значення набуває пошук ефективних підходів до психологічної допомоги. Клієнтоорієнтований підхід, заснований на гуманістичній філософії, демонструє потенціал як чутливого та гнучкого інструменту у роботі з військовими, які пережили травматичний досвід.

Соціальні передумови впровадження:

1. Зростання запиту на гуманістичну допомогу. Суспільство дедалі більше усвідомлює потребу в повазі до психологічного стану військових. Ветерани прагнуть не лише вижити, а й відновити гідність і сенс життя. Із 2022 року в українському суспільстві спостерігається новий рівень чутливості до психічного здоров'я військових. Тема ПТСР, бойового стресу, втрати сенсу після демобілізації все частіше звучить у медіа, соціальних мережах, кіно. Змінюється суспільне уявлення: від "герой — значить непереможний" до "герой — значить людина, яка має право на біль і потребує підтримки". Це створює соціальний запит на гідне, етичне, емпатійне ставлення до ветерана, де психолог не диктує, як правильно, а слухає і підтримує у власному темпі клієнта. Саме цього і прагне клієнтоорієнтований підхід.

2. Поява нової генерації психологів-ветеранів. Досвід служби на фронті дозволяє цим фахівцям краще розуміти психологічний стан клієнта, що підвищує рівень довіри до терапевтичного процесу. Поява психологів-ветеранів

Після 2014 року в Україні з'явилась генерація психологів, які самі пройшли війну. Вони мають унікальну перевагу — довіру від побратимів. Багато з них природно використовують клієнт орієнтовані практики, навіть без теоретичної підготовки: *“Я не нав'язую. Просто слухаю. Іноді це більше, ніж таблетки,”* — психолог-ветеран у проєкті “Побратими”.

Ця категорія фахівців має потенціал стати основою нової гуманістичної школи військової психології в Україні. Розширення peer-to-peer ініціатив. Програми підтримки “рівний — рівному” (як “Побратими”) стали неформальними осередками клієнтоорієнтованого підходу. Програми типу "Побратими", "Ветеран хаб", "Ти як?" стали новими точками входу у психологічну допомогу для ветеранів. Більшість із них не мають формального психотерапевтичного формату, але їхня суть дуже близька до клієнтоорієнтованості:

- взаємна підтримка без тиску;
- розмови у форматі “я також проходив через це”;
- вибір — розмовляти чи мовчати;
- без засудження або оцінювання поведінки.

Ці ініціативи вже зараз виконують функцію «природного середовища безпеки», що є ключовим у клієнтоорієнтованому підході. Надалі такі моделі можуть інтегруватись із професійною допомогою, створюючи гібридні формати.

Програми peer-to-peer підтримки, як-от “Побратими” чи “Разом з тобою”, ефективно демонструють клієнт орієнтовані принципи: відсутність оцінки, емпатія, простір для емоцій. Саме такі програми можуть стати “точками входу” для тих, хто боїться йти до професійного психолога.

Популяризація через громадські проєкти ГО “Повернись живим”, “Сила відваги”, “Серце воїна” вже проводять тренінги з емпатійного консультування, тілесно-орієнтованих практик, арт-терапії — усі ці методи можуть інтегруватися в клієнт орієнтовану рамку.

У посібнику "Психологічна підтримка захисників" (2023), виданому Українським Католицьким Університетом, зазначено: *"У центрі терапевтичного процесу має стояти сам військовослужбовець, а не система, діагноз чи формат. Повага — ключ до відновлення."*

Онлайн-формати допомоги.

Онлайн-платформи (“Розкажи мені”, “Терапія в дії”) дозволяють забезпечити клієнтоорієнтований темп і простір, особливо коли клієнт обирає психолога, формат і глибину діалогу. Це мінімізує вплив авторитарних структур.

Освітні та професійні передумови.

1. Супервізійні спільноти гуманістичних психологів (2023–2024 рр.) Упродовж останніх двох років в Україні активно формуються супервізійні спільноти, орієнтовані на практику гуманістичної психології. Найбільш помітні ініціативи діють у Києві, Львові, Дніпрі. Це платформи професійної взаємопідтримки для психологів, які працюють у напрямі клієнтоорієнтованої, екзистенційної чи тілесно-орієнтованої терапії. Психологи мають змогу аналізувати свою практику, ділитись труднощами та отримувати зворотний зв'язок у дусі недирективності та емпатії. Учасники практикують рефлексивний стиль супервізії, де важливі не лише техніки, а й присутність, відчуття, автентичність.

Значення:

- Формується нове покоління фахівців, які уникають директивного, експертного стилю.
- Підвищується етична культура допомоги: не нав'язувати, не трактувати, не тиснути.
- Ці спільноти готують психологів до роботи з травмованими клієнтами, включно з військовими.
- Переклади та адаптації ключових гуманістичних авторів.

Створено переклади та адаптації праць К. Роджерса, Е. Джендліна, К. Фіглі, що дає змогу запроваджувати гуманістичну філософію в освітні програми. Переклади та адаптації ключових гуманістичних авторів

Карл Роджерс. У 2023 році перевидано українською книгу «Погляд на психотерапію: Становлення людини», яка є базовим текстом клієнтоорієнтованого підходу. Також активно використовується адаптована методика оцінки "Трьох умов Роджерса" — емпатія, автентичність, безумовне прийняття.

Значення:

- Дає змогу викладати гуманістичну терапію на магістерських програмах.
- Виховує нову філософію "психолога як партнера, а не вчителя".

Юджин Гендлін. У 2022–2024 роках було адаптовано та перекладено практичний посібник з фокусування — методики, яка поєднує клієнтоорієнтований підхід із тілесною роботою. Фокусування активно впроваджується у тренінгах для психологів, які працюють з військовими, як інструмент “м’якого входження” у травматичний досвід.

Значення:

- Метод безпечний, клієнтоцентричний, підходить навіть для тих, хто не готовий до класичної вербальної терапії.
- Дозволяє клієнту залишити контроль над процесом — ключовий принцип клієнтоорієнтованості.

Чарльз Фіглі. Фахівцями ГО «Розвиток громад» було створено методичні матеріали на основі робіт С. Figley — засновника поняття «вторинна травма» та «співпереживального виснаження». В Україні ці знання особливо важливі для військових психологів, медиків, волонтерів, які самі перебувають під емоційним навантаженням.

Значення:

- Включення в освітні програми курсів про профілактику вигорання, емпатійну гігієну.

- Створення середовища, де психолог теж має право на підтримку — без сорому, без героїзації.

Розвиток супервізійних спільнот та переклад класиків гуманістичної думки створюють нову освітню та професійну основу для впровадження клієнтоорієнтованих практик в Україні. Це поступ до моделі, де психотерапія базується не лише на методиках, а й на цінностях: повага, партнерство, емпатія, автономія клієнта.

Організаційно-інституційні можливості впровадження клієнтоорієнтованого підходу. В Україні поступово формується інфраструктура, здатна підтримати недирективну, гнучку, чутливу до клієнта модель допомоги, характерну для клієнтоорієнтованого підходу. Йдеться як про фізичні простори, так і про цифрові платформи, що можуть стати точками входу у психотерапевтичний процес без стигматизації та з тісною увагою до потреб військових клієнтів.

1. Центри ветеранів та громадські простори як середовище підтримки

Центри ветеранів, відкриті при місцевих адміністраціях або громадських організаціях (Veteran Hub, Простір можливостей), стають не лише осередками соціальних послуг, а й психологічного комфорту.

- Формат консультацій у цих місцях зазвичай менш формалізований: без білих халатів, без ієрархії, з можливістю просто “прийти, посидіти, помовчати”.

Відповідність принципам:

- Клієнт сам визначає, коли почати розмову, чи почати взагалі.
- Можливість залишитися наодинці, просто бути присутнім поряд із психологом.
- Групи підтримки у форматі “від ветерана — до ветерана” створюють атмосферу рівності й визнання травматичного досвіду.

Приклади:

- Veteran Hub (Київ, Вінниця, Львів): надає можливість зустрітись з психологом без попередньої оцінки.
- Простір підтримки “Яворів” або “Поруч” у Дніпрі: дозволяє відвідувачеві обрати темп, формат і глибину контакту.

2. Онлайн-формати як нова форма доступності

Платформи:

- “Розкажи мені” — анонімний формат, де людина може звернутись у чаті або заповнити коротку анкету, після чого отримати підтримку.
- “Терапія в дії” — платформа, де клієнт обирає терапевта, тип сесії, зону фокусу, спосіб комунікації (відео/аудіо/текст), час консультації.

Як це підтримує клієнтоорієнтованість:

- Автономія у виборі: клієнт сам обирає, з ким, коли і яким способом взаємодіяти.
- Відсутність тиску або контролю з боку системи.
- Повна адаптація до особистого ритму клієнта.

Додаткові

переваги:

- Зменшується вплив стигматизації (“я пішов до психолога”).
- Рівень довіри зростає через можливість анонімності.
- Онлайн-середовище дозволяє працювати з військовими в зоні ротації або за кордоном.

Організаційні та цифрові формати, які вже функціонують в Україні, створюють реальну інфраструктурну базу для впровадження клієнтоорієнтованого підходу. Їхня сила — у гнучкості, доступності, відсутності тиску та опорі на гідність і автономію клієнта.

Умови ефективної адаптації клієнтоорієнтованого підходу в Україні.

1. Підготовка психологів на основі гуманістичних модулів (впровадження у магістерські програми)

Суть:

Для широкого впровадження клієнтоорієнтованого підходу необхідно підготувати покоління психологів, які не лише володіють техніками, але й розуміють ціннісну основу гуманістичної психології: повага до клієнта, віра у його потенціал, недирективність, емпатія.

Що потрібно:

- Включити у навчальні плани магістратур обов'язкові гуманістичні дисципліни.
- Проводити практичні модулі та супервізії з емпатійним фокусом.
- Забезпечити викладання адаптованих праць Роджерса, Джендліна, Фіглі.

Очікуваний результат:

Фахівці будуть підготовлені не лише технічно, а й етично, здатні працювати у партнерстві з клієнтом.

2. Інституційне визнання peer-to-peer підтримки як офіційної моделі допомоги.

Суть:

Багато ветеранів не звертаються до психологів, але довіряють іншим військовим, які мають схожий досвід. Це явище існує неформально, але потребує легітимації.

Що потрібно:

- Розробити державні стандарти підготовки реєр-консультантів.
- Визнати цей формат як паралельну форму допомоги.
- Запустити пілотні програми у центрах реінтеграції.

Очікуваний результат:

Психологічна допомога стане доступнішою і менш стигматизованою.

3. Фінансування тривалих терапій, а не лише кризового втручання

Суть:

Більшість програм обмежуються короткими втручаннями. Але ветерани потребують довготривалої підтримки.

Що потрібно:

- Субсидування довготривалих терапій державою або партнерами.

- Розробка реєстрів спеціалістів, готових до такого супроводу.
- Переорієнтація з кризової стабілізації на довготривалу реінтеграцію.

Очікуваний результат:

Підвищення якості допомоги, зменшення повторної травматизації, побудова нової ідентичності клієнта.

4. Публічні історії ветеранів, які пройшли терапію — як спосіб подолання стигми

Суть:

Стигма залишається бар'єром для звернення. Потрібні живі приклади і суспільне прийняття допомоги як сили.

Що

потрібно:

- Кампанії з реальними історіями ветеранів, які пройшли терапію.
- Публічні виступи, інтерв'ю, відео, подкасти.
- Формування нового наративу: звернутись по допомогу — це прояв сили.

Очікуваний результат:

Зменшення стигми, підвищення довіри до терапії, нормалізація вразливості.

Для успішного впровадження клієнтоорієнтованого підходу у психологічне консультування українських військових необхідно створити умови, що забезпечують не лише технічну реалізацію, але й етичну, освітню, культурну та інституційну готовність системи. Аналіз чинників дозволяє виокремити чотири ключові напрямки. Таким чином, реалізація цих умов у комплексі сприятиме побудові більш гуманної, ефективної і стійкої моделі підтримки військових, що базується на принципах емпатії, рівноправного партнерства та віри в силу внутрішнього ресурсу кожної людини.

3.2. Імплементация елементів американського досвіду реалізації клієнтоорієнтованих підходів у практику психологічного консультування українських військових

В роботі імплементация елементів американського досвіду реалізації клієнтоорієнтованих підходів означає адаптацію та практичне перенесення найефективніших складових психологічної допомоги, що застосовуються у США в роботі з військовими, до українських умов.

Це включає не лише формальне запозичення моделей, а передусім їх критичне осмислення, адаптацію до культурного, соціального і професійного контексту України. У роботі здійснено аналіз системи психологічної підтримки у США, зокрема практик, що реалізуються у Veterans Affairs, Vet Centers, програм DoD, а також гуманістичних підходів, які стали основою для недирективної терапії військових із ПТСР.

Імплементация у рамках дослідження відбулася у таких аспектах:

- застосування структурованої моделі терапевтичних сесій у три фази (контакт – дослідження – ресурс);
- використання стандартизованих опитувальників PCL-5 та WHO-5;
- впровадження технік фокусування, арт-терапії, техніки «мовчазної присутності»;
- врахування типології клієнтів (за віком, травматичним досвідом, готовністю до терапії);
- оцінка очікувань клієнтів через спеціально адаптований опитувальник;
- формування практичних рекомендацій на основі досвіду Vet Centers і груп підтримки «peer-to-peer».

Таким чином, імплементація в даній роботі – це цілісна спроба перенести ключові принципи гуманістичного, клієнтоорієнтованого підходу з американської системи в українську практику через емпіричну апробацію, спостереження та культурну адаптацію до потреб українських військових.

Результати експериментального дослідження, що включали застосування опитувальників PCL-5, WHO-5, «Готовність до терапії» та «Очікування від терапії», створили основу для формування практичних рекомендацій щодо адаптації клієнтоорієнтованих підходів до роботи з українськими військовими. Виявлені відмінності між двома групами ветеранів — учасниками бойових дій у В'єтнамі та Іраку/Сирії — виявилися релевантними для аналізу сучасного досвіду українських військових, зокрема в контексті тривалості травматизації, вікових особливостей, очікувань від терапевтичного процесу та емоційної готовності до взаємодії з психологом.

На основі результатів дослідження можна умовно виділити два психологічні профілі військових клієнтів:

- Тип А — старші ветерани (з досвідом з 2014 року або ще раніше), часто з хронічними симптомами ПТСР, високою недовірою до психотерапевтичної допомоги, звичкою до емоційної ізоляції та апатії.

- Тип В — молодші військовослужбовці, демобілізовані після 2022 року, з активним емоційним фоном, гострими проявами дистресу, але з відкритістю до нових форм допомоги.

Ця типологія збігається з експериментально виявленими моделями ветеранів В'єтнаму (тип А) та Іраку/Сирії (тип В).

Клієнт орієнтований підхід Карла Роджерса пропонує рамку, в якій досвід клієнта визнається як центральний об'єкт терапії. Психолог не диктує готові рішення, а створює умови для безпечного прояву внутрішнього світу клієнта. Для роботи з військовими це має особливе значення:

- Військовий досвід — це не лише травма, а й система значень, структур, ритуалів, втрат і лояльностей.
- Застосування директивних підходів (наприклад, «терапія за протоколом») без урахування контексту може призвести до опору або ретравматизації.
- В основі клієнт орієнтованого підходу — емпатійне слухання, прийняття та автентична присутність психолога.

Феноменологія Роджерса передбачає, що кожен клієнт має унікальну внутрішню картину реальності. У випадку військових це означає:

- Досвід бою, втрати побратимів, фізичні травми та моральні дилеми формують унікальний життєвий світ клієнта.
- Психолог має відмовитися від «пояснень» і «виправлень» — його роль полягає у присутності й супроводі.
- Задача не в тому, щоб «змінити клієнта», а в тому, щоб створити простір для його розвитку на основі власних цінностей і рішень.

На основі зібраних даних сформовано наступні практичні рекомендації:

Для клієнтів типу А (старші ветерани, хронічний ПТСР):

- Терапія повинна починатися з етапу стабілізації: регулярність, безпека, передбачуваність.
- Використовуються техніки тиші, прийняття, невербального контакту.
- Ефективні методи: арт-терапія, тілесно орієнтовані практики, групи підтримки.
- Темп — повільний, запити часто формуються поступово.

Для клієнтів типу В (молодші військові):

- Можна швидше переходити до процесуальної роботи з травмою.

- Застосовуються структуровані методи (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR), проте з гнучким емоційним контактом.
- Очікування клієнтів включають партнерство, автономію, конкретні результати.

Опитувальник «Очікування від терапії» продемонстрував, що стиль взаємодії має бути адаптований до очікувань клієнта:

- Деякі військові очікують директивності («скажи, що робити»), інші — підтримки без тиску.
- Усі очікують уваги, поваги, недирективної компетентності.
- Знання цих очікувань дозволяє уникати помилок у побудові довіри.

Інтеграція клієнт орієнтованого підходу з урахуванням результатів експериментального дослідження дозволяє створити гнучку, етично обґрунтовану, культурно адаптовану модель психологічної допомоги для українських військових. В центрі цієї моделі — людина, її досвід, гідність і право на власний темп зцілення.

Сформульовані висновки мають не лише наукову, але й прикладну цінність: вони можуть бути використані для розробки навчальних програм для військових психологів, створення скринінгових інструментів для оцінки готовності до терапії, а також для формування стратегій тривалої підтримки ветеранів.

Таким чином, американський досвід і результати локального експерименту не є моделлю для копіювання, а виступають орієнтиром для побудови власної, національно чутливої системи допомоги, заснованої на принципах гуманізму та партнерства.

Аналіз системи психологічної допомоги військовослужбовцям у США показав, що ефективна модель має бути водночас інституційно стійкою, клієнт орієнтованою, науково обґрунтованою й чутливою до досвіду травми. В Україні, попри обмежені ресурси, вже сформувалися соціальні, професійні та ціннісні передумови для адаптації окремих елементів американської моделі. Цей розділ містить практичні рекомендації щодо імплементації таких елементів у національну систему підтримки військових і ветеранів.

1. Стратегічна рекомендація: перехід до цілісної, інтегрованої системи
Принцип з США: *“Continuity of care from pre-deployment to reintegration is essential for long-term recovery”*
(VA PTSD Treatment Guidelines, 2021)

В Україні: фрагментарність допомоги (в армії, у МОЗ, у громадах) шкодить довірі та якості терапії.

Рекомендація:

- створити єдиний реєстр супроводу військових: від мобілізації до демобілізації та реінтеграції;
- забезпечити зв'язок між психологами ЗСУ, лікарями МОЗ, психологами громад.

2. Впровадження форматів “рівний — рівному” (Peer-to-Peer Support)

Принцип з США: *“Veteran-to-veteran programs such as Vet Centers increase trust and engagement in mental health care”*
(National Center for PTSD, 2022)

В Україні: програми “Побратими”, “Разом з тобою” вже існують, але не мають системного фінансування й держвизнання.

Рекомендація:

- офіційно визнати реєр-формати як частину національної моделі;
- створити навчальні програми та сертифікацію для фасилітаторів-військових;

- інтегрувати реєр-групи до центрів реінтеграції ветеранів у громадах.

3. Розвиток мережі мобільних / вбудованих психологів (Embedded Behavioral Health)

Принцип з США: *“Placing mental health providers directly within units improves accessibility and early intervention”* (Adler et al., 2009)

В Україні: військові психологи працюють “формально”, часто без залучення до життя підрозділів.

Рекомендація:

- навчати психологів працювати безпосередньо в бойових колективах;
- виділити підрозділи, де психолог є постійною частиною команди (а не “офіцером штабу”);
- створити умови для профілактики вигорання самих психологів.

4. Інституціоналізація клієнтоорієнтованих підходів у навчанні

Принцип з США: *“Therapist empathy, trust-building, and patient-centered pace are essential for trauma recovery”* (Rogers, C., 1961; VA, 2020)

В Україні: більшість військових психологів навчені директивним методам, без підготовки до глибокої, тривалої терапії.

Рекомендація:

- запровадити гуманістичні модулі у навчальні програми військових психологів;
- перекласти українською ключові праці Роджерса, Фіглі, Германа;
- створити супервізійні центри при університетах / ГО з акцентом на емпатійне консультування.

5. Розвиток гнучких форматів (телепсихологія, неформальні простори)

Принцип з США: *“Accessible, veteran-friendly environments outside of hospitals encourage mental health utilization”*
(VA Vet Center Model, 2021)

В Україні: частина ветеранів не звертаються до медзакладів, бо не хочуть “реєструвати діагноз” або “бути занесеним у картку”.

Рекомендація:

- підтримати створення неформальних центрів психологічної допомоги (на базі NGO, ветеранських просторів);
- фінансувати відеосесії з сертифікованими психологами через “Дію” або “єВетеран”;
- впровадити виїзні психологічні мобільні групи, особливо у громади, де немає стаціонарних послуг.

6. Етичні рамки: добровільність, безпека, довіра

Принцип з США:

“Trust is the foundation. The veteran must lead their own healing process.”

(Figley, 2002)

В Україні: досі трапляються приклади, коли психологи “втягують” клієнтів у роботу з травмою без запиту чи готовності.

Рекомендація:

- розробити етичний кодекс роботи з військовими (на основі АРА + українського контексту);
- проводити обов’язкову підготовку з тем: ретравматизація, інформована згода, межі;
- посилити роль професійних асоціацій психологів у сфері нагляду та етики.

7. Підтримка сімей військових і посттравматичних спільнот

Принцип з США:

“Family-focused programs enhance long-term resilience and recovery”
(DoD Family Advocacy Program, 2022)

В Україні: майже відсутні програми системної підтримки родин військових.

Рекомендація:

- створити групи психологічної підтримки для дружин/чоловіків військових;
- інтегрувати роботу з родинами в реабілітаційні протоколи;
- залучити громади до побудови “включених” спільнот — місця, де ветерани можуть не лише лікуватися, а й реалізовувати себе.

3.3. Стан психологічної допомоги військовим в Україні

В умовах триваючої війни в Україні проблема психологічної допомоги військовослужбовцям набула надзвичайної актуальності. Сотні тисяч українських військових стикаються з важкими бойовими стресами, втратами, ризиком для життя, що неминуче призводить до психологічних наслідків — тривожних розладів, ПТСР, депресії, емоційного вигорання. Водночас система підтримки вітчизняних військових психологів, реабілітаційних центрів і соціальних служб перебуває у стані становлення, що вимагає вивчення та адаптації кращого міжнародного досвіду.

Досвід США у впровадженні клієнт орієнтованих підходів у роботі з військовими має значну практичну цінність. Американська система демонструє ефективні моделі інтеграції психологічної допомоги, дотримання етичних принципів, використання гнучких форматів взаємодії, побудови терапевтичного альянсу з ветеранами.

У цьому розділі буде проаналізовано сучасний стан системи психологічної допомоги українським військовим, окреслено основні бар'єри, що ускладнюють впровадження клієнт орієнтованих практик, а також сформульовано можливі напрямки адаптації та впровадження елементів американського досвіду з урахуванням соціокультурного, інституційного й ресурсного контексту України.

Після початку війни на Донбасі у 2014 році та особливо з повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році перед українським суспільством постало питання масової психологічної підтримки військовослужбовців. Учасники бойових дій, мобілізовані, добровольці, контрактники, члени територіальної оборони — усі ці категорії зазнають глибокого емоційного й психічного навантаження, що потребує адекватної, професійної й доступної психологічної допомоги.

Попри поступові позитивні зрушення, система психологічної допомоги військовим в Україні залишається фрагментованою, недофінансованою та нерідко базується на волонтерських зусиллях, а не інституційній стратегії. У цьому підрозділі розглядається сучасний стан, ключові учасники, моделі надання допомоги та виклики, що заважають реалізації системного підходу.

Інституційна структура психологічної допомоги

В Україні психологічна підтримка військовослужбовців реалізується через кілька основних каналів:

Збройні Сили України (ЗСУ)

У кожному батальйоні, бригаді, військовій частині є посада військового психолога. Однак:

- кількість фахівців є недостатньою;
- багато з них не мають ґрунтовної клінічної або психотерапевтичної підготовки;
- часто військові психологи виконують адміністративні, кадрові чи інші нефахові функції;

- велика плинність кадрів, вигоряння, недостатня оплата.

Військові психологи зазвичай займаються психопрофілактикою, діагностикою адаптації, психологічним супроводом на місцях, але не завжди мають інструменти для глибокої роботи з ПТСР або бойовою травмою.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)

МОЗ відповідає за медичні послуги, зокрема психіатричну допомогу військовим у закладах охорони здоров'я. Ветерани можуть звертатись до психіатрів, психологів, психотерапевтів у державних або приватних клініках. Проблеми:

- значне перевантаження системи;
- нестача фахівців із досвідом роботи з травмою;
- переважання фармакологічного підходу.

Міністерство у справах ветеранів України

Мінветеранів опікується підтримкою після демобілізації. Воно координує частину програм реінтеграції, психологічної реабілітації, зокрема через санаторії, центри психологічного розвантаження. Але реальний доступ до якісних послуг — обмежений, особливо у віддалених регіонах.

Громадські організації та волонтерські проєкти

Саме ГО з 2014 року відіграють ключову роль у впровадженні передових підходів, навчанні фахівців, організації супроводу. Серед найвідоміших ініціатив:

- “Побратими” — програма “рівний — рівному”, психологічна підтримка від ветеранів;
- “Серце воїна”, “Вільні люди”, “Повернись живим” — організації, що пропонують тренінги, кризові втручання, гарячі лінії;
- програми міжнародної співпраці (з USAID, UCBI, IREX, VSO тощо).

2. Основні моделі допомоги

В Україні використовуються різні моделі допомоги, які переважно формуються еволюційно та без єдиної стратегії:

- Кризове втручання на передовій (мобільні групи, психологи в шпиталях);
- Супровід у частинах (короткі сесії, психопрофілактика);
- Психологічна реабілітація після демобілізації (переважно у формі санаторіїв, таборів);
- Онлайн-підтримка — Телеграм-боти, гарячі лінії, відеосесії;
- Психотерапія у центрах / приватних клініках — доступна не всім, часто платна;
- Групова терапія, особливо серед ветеранів, поширена через ГО.

3. Основні виклики та бар'єри

Стигматизація

Багато військових досі вважають звернення до психолога "ознакою слабкості", що ускладнює доступ до допомоги. Культурна установка "тримайся" перешкоджає відкритому зверненню по підтримку.

Недостатня підготовка кадрів

Фахівці з академічною освітою часто не мають практичного досвіду роботи з травмою. Програми підготовки психологів у вишах рідко містять тренінги з ПТСР, суїцидального ризику, бойового стресу.

Розрізненість системи

Відсутня єдина система обліку, супроводу та передачі даних між МОЗ, ЗСУ, Мінветеранів, волонтерами. Клієнт, який звертається після служби, часто "починає все з нуля".

Нестача фінансування

Державні програми мають обмежене фінансування, багато послуг надаються завдяки донорським проектам. Це унеможливорює стабільність, довгострокову терапію та інституційну пам'ять.

Фізична недоступність у регіонах

У малих містах та селах психологічна допомога часто або відсутня, або недоступна ветеранам через транспорт, оплату або стигму.

4. Позитивні зрушення

- З'являється нове покоління психологів, які самі служили — з високим рівнем емпатії.

- Розширюється онлайн-допомога: проєкти “Розкажи мені”, “Психологічна підтримка ВПО”, “Дія. Підтримка”.

- У деяких частинах ЗСУ працюють психологічні підрозділи нового формату, з інтеграцією групової терапії, тілесних практик, арт-терапії.

- Запускаються проєкти з навчання психотерапії ПТСР за участю міжнародних експертів (CBT, EMDR, АСТ).

- Активна участь ветеранів у громадських ініціативах підвищує довіру до допомоги "рівним".

Система психологічної допомоги військовим в Україні перебуває у процесі розвитку. Вона має низку сильних громадських ініціатив, професійний потенціал, але водночас потребує:

- інституціоналізації на державному рівні;
- системного навчання фахівців;
- подолання стигми;
- фінансової та логістичної стабільності;
- створення єдиної моделі супроводу військового на всіх етапах — від мобілізації до демобілізації та адаптації.

Цей аналіз створює підґрунтя для розгляду можливостей адаптації досвіду США — як у сфері клієнт орієнтованості, так і у вибудові ефективних інституційних моделей.

Висновок до третього розділу

У розділі здійснено системний аналіз можливостей адаптації клієнтоорієнтованих підходів, сформованих у межах американської психологічної практики, до умов надання психологічної допомоги українським військовослужбовцям. Особливу увагу було приділено інтеграції результатів експериментального дослідження з особливостями військової травматизації, соціокультурного контексту України та феноменологічного бачення клієнта.

Розгляд прикладів із США показав ефективність поєднання гуманістичної парадигми з гнучкою структурованістю, що дозволяє враховувати глибокі етичні принципи (емпатія, безумовне прийняття, автентичність) і водночас забезпечувати практичну результативність консультування військових з ПТСР.

Інтеграція експериментальних даних (рівень ПТСР, психологічне благополуччя, готовність до терапії, очікування клієнтів) дала змогу виявити два умовні профілі клієнтів — тих, хто має хронічну травму та низьку мотивацію (аналог ветеранів В'єтнаму), і тих, хто нещодавно пережив бойові події та демонструє відкритість до змін (аналог ветеранів Іраку/Сирії). Ця типологія виявилася надзвичайно релевантною для українських реалій, де з 2014 року формуються різні хвилі ветеранів із різними запитами та ресурсами.

Практичні рекомендації, сформовані на основі експерименту, дозволили визначити стратегії ефективної терапії для кожної категорії військових клієнтів: повільну стабілізацію та створення умов довіри — для одних, активну партнерську взаємодію та автономію — для інших.

Феноменологічний підхід до клієнта, який був покладений в основу аналізу, підкреслив, що кожен військовий — це не лише діагноз, а насамперед жива особистість із унікальним досвідом, сенсами, втратами та цінностями, які мають бути визнані та прийняті.

Отже, Розділ 3 підтвердив, що адаптований клієнтоорієнтований підхід — це не механічне копіювання західних моделей, а цілісна стратегія гуманістичної допомоги, яка враховує контекст, культуру, історію й особисту правду кожного українського захисника.

Досвід США не є ідеальним, але його структурованість, міжвідомча співпраця та клієнт орієнтований фокус можуть стати основою для розвитку української моделі.

Україна має унікальний потенціал: сильну спільноту волонтерів, готовність ветеранів допомагати один одному, міжнародну підтримку. Саме зараз — час зробити цю систему сталою.

Імплементация клієнт орієнтованого підходу — це не лише про терапевтичні техніки, а про нову культуру взаємодії з військовими, де ключем стає повага, присутність і людяність.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота на тему «Реалізація клієнтоорієнтованих підходів в психологічному консультуванні американських військових» було спрямоване на виявлення ефективності гуманістичних стратегій психологічної підтримки осіб з бойовим досвідом, аналіз їх практичної цінності у військовому середовищі, а також можливостей адаптації цього досвіду до українських реалій.

Проведене дослідження було спрямоване на вивчення особливостей застосування клієнтоорієнтованого підходу в психологічному консультуванні військовослужбовців, зокрема з урахуванням досвіду Сполучених Штатів Америки та перспектив його імплементації в український контекст. Теоретичне обґрунтування, емпіричне вивчення та аналіз наявних практик дозволили сформулювати низку важливих наукових і прикладних висновків.

У першому розділі дослідження було розглянуто поняття клієнтоорієнтованого підходу в психологічному консультуванні, визначено його ключові принципи — емпатія, безумовне прийняття, автентичність, партнерство між консультантом і клієнтом. Ці принципи набувають особливої актуальності у роботі з військовими клієнтами, для яких властива емоційна закритість, внутрішня напруга, потреба у контролі над середовищем і собою.

Окрема увага була приділена психологічним особливостям військовослужбовців як клієнтів, які зазнали впливу бойового досвіду, були свідками травматичних подій або самі постраждали внаслідок фізичних і психічних травм. Було встановлено, що травматичний досвід у військових значно змінює структуру їхніх психологічних потреб — зростає потреба в безпеці, емоційному контакті, визнанні болю, можливості говорити про досвід без страху осуду. Це вимагає від психолога не просто професійних знань, а й здатності витримувати інтенсивні переживання клієнта, створювати терапевтичну атмосферу прийняття й довіри.

У другому розділі було проаналізовано досвід психологічної допомоги військовим у Сполучених Штатах Америки. Описано сучасні моделі психологічної допомоги, які впроваджуються в армії США, зокрема програми VA (Department of Veterans Affairs), Military OneSource, Combat Stress Intervention та ін. Було з'ясовано, що американська система консультування військовослужбовців базується на принципах клієнтоорієнтованості, міждисциплінарного підходу та тривалої постслужбової підтримки.

Особливої уваги заслуговує те, що у США сформовано багаторівневу систему підтримки: від кризового втручання до довготривалої психотерапії, супроводу сімей та реінтеграції ветеранів у цивільне життя. Результати порівняльного аналізу психоемоційного стану американських ветеранів показали позитивну динаміку у зниженні симптомів ПТСР, тривожності та депресії серед тих, хто проходив клієнтоорієнтовану терапію з залученням психотерапевтів, які самі мають військовий досвід або спеціальну підготовку.

У третьому розділі дослідження було здійснено узагальнення результатів аналізу ефективності клієнтоорієнтованих підходів у роботі з військовими. У межах цього розділу проведено якісний аналіз українського контексту: визначено особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ, виявлено слабкі та сильні сторони поточної системи. Було запропоновано концептуальні підходи до імплементації елементів американського досвіду в практику українських фахівців.

Результати дослідження дають підстави стверджувати, що:

- клієнтоорієнтований підхід має високу ефективність у консультуванні військових, оскільки дозволяє будувати довірливі стосунки з клієнтом, не чинячи на нього тиску;
- в умовах України його застосування є не лише доцільним, а й необхідним, особливо в роботі з учасниками бойових дій, які мають досвід втрати, поранення, тривалого стресу;
- впровадження такого підходу потребує системної підготовки психологів, розробки методичних рекомендацій, створення умов для довготривалого психосоціального супроводу військових;
- ефективна психологічна допомога потребує адаптації найкращих міжнародних практик з урахуванням українських реалій, менталітету, мови, досвіду війни та культурного контексту.

Узагальнюючи, можна зазначити, що клієнтоорієнтований підхід у психологічному консультуванні військових є не лише інструментом терапії, а й засобом гуманізації системи підтримки воїнів, заснованої на повазі, емпатії, довірі та глибокому розумінні особистісної драми людини, яка пройшла крізь війну. Робота має перспективу подальших досліджень в напрямі розробки адаптованих програм психологічної реабілітації військових та їхніх родин на базі клієнтоорієнтованої парадигми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Rogers, C. R. (2001). Погляд на психотерапію. Становлення людини. Київ: КМ Академія.
2. Беленька, Г. В. (2020). Психологічне забезпечення військовослужбовців в умовах бойових дій. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка.
3. Володимир-Волинський центр професійного розвитку (2023). Методичні рекомендації з роботи військових психологів у системі ЗСУ.
4. ГО «Повернись живим». (2023). Звіт про діяльність психологічної служби 2022–2023.
<https://www.saveecobot.org/reports/mental>
5. ГО «Повернись живим». (2023). Звіт про діяльність психологічної служби 2022–2023.
6. Гуменюк, Т. В. (2020). Особливості психологічної допомоги військовослужбовцям із бойовим досвідом. Психологія і суспільство, №1, с. 108–115.
7. Лісова, І. Ю. (2019). Психологічна підтримка ветеранів АТО/ООС: досвід і перспективи. Психологія і суспільство, №1, 47–54.
8. Міністерство у справах ветеранів України. (2023). Аналітичний звіт про систему психологічної реабілітації ветеранів в Україні. Київ: Мінветеранів.
9. Міністерство у справах ветеранів України. (2023). Аналітичний звіт про систему психологічної реабілітації ветеранів в Україні. Київ: Мінветеранів.
10. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини. — К.: Вид-во «КМ Academia», 2001. — 256 с.

11. Український католицький університет (2023). Посібник “Психологічна підтримка захисників: підходи, інструменти, досвід”. Львів: УКУ.
12. Український католицький університет. (2023). Психологічна підтримка захисників: підходи, інструменти, досвід. Львів: УКУ.
13. Adler, A. B., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and Battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 928–940.
14. Adler, A. B., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and Battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 928–940.
15. Adler, A. B., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and Battlemind training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 928–940.
16. American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*.
17. American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*.
18. American Psychological Association. (2020). *Guidelines for Psychological Practice with Military Service Members, Veterans, and Their Families*.
19. Bozarth, J. D. (2001). Client-Centered Therapy: The Evolution of a Revolution. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(4), 25–38.
20. Bozarth, J. D., Zimring, F. M., & Tausch, R. (2002). Client-centered therapy: The evolution of a revolution. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–187). Washington, DC: American Psychological Association.

21. Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2005). A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 651–657.
22. Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86.
23. Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life*. Guilford Press.
24. Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.
25. Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach*. Guilford Press.
26. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2021). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*.
27. Department of Veterans Affairs (2021). *Vet Center Program Overview*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
28. Department of Veterans Affairs. (2020). *Patient-Centered Care and the Veteran Experience*.
29. Department of Veterans Affairs. (2021). *Vet Center Program Overview*.
30. Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). *Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A Self-Assessment and Planning Protocol*. Community Connections.
31. Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.

32. Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
33. Gumenyuk, T. V. (2020). Особливості психологічної допомоги військовослужбовцям із бойовим досвідом. *Психологія і суспільство*, (1), 108–115.
34. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
35. Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
36. Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–
37. Hoge, C. W., et al. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22.
38. Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. John Wiley & Sons.
39. Kizer, K. W., & Dudley, R. A. (2009). Extreme makeover: Transformation of the Veterans Health Administration. *Annual Review of Public Health*, 30, 313–339.
40. Lee, D. J., Warner, C. H., & Hoge, C. W. (2015). Posttraumatic stress disorder screening in the U.S. military and VA populations. In *Posttraumatic Stress Disorder and Related Diseases in Combat Veterans* (pp. 13–26). Springer International Publishing.
41. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., et al. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706.

42. Monteith, L. L., Bahraini, N. H., Matarazzo, B. B., Soberay, K. A., & Smith, C. P. (2021). Veteran peer suicide prevention: A community-based peer prevention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(1), 88–98.
43. National Center for PTSD (2022). PTSD Clinical Team Programs: Description and National Outcomes. U.S. Department of Veterans Affairs.
44. National Center for PTSD. (2021). PTSD: National Center for PTSD.
45. National Center for PTSD. (2022). PTSD Clinical Team Programs: Description and National Outcomes.
46. Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
47. NICE. (2018). Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline NG116). National Institute for Health and Care Excellence.
48. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. In *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.).
49. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology.
50. Ramchand, R., Harrell, M. C., Berglass, N., & Lauck, M. (2014). *Veteran Peer Interventions: A Review of the Literature*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
51. Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
52. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
53. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
54. Schafer, A., & Rechter, E. (2020). Peer Support in Mental Health: A Theoretical Perspective. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*.

55. Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press.
56. Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. Scribner.
57. Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. W. W. Norton & Company.
58. Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
59. U.S. Army Medical Department (2009). *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*. Washington, DC: Department of the Army.
60. U.S. Army Medical Department. (2009). *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*. Washington, DC: Department of the Army.
61. VA/DOD Clinical Practice Guideline (2021). *Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense.
62. van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
63. van der Kolk, B. A. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books.
64. Vealey, B.-A., & Walsh, J. (2016). The potential of person-centered therapy for active duty service members. *The Person-Centered Journal*, 23(1), 6–17.
65. Weathers, F. W., et al. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
66. Wounded Warrior Project. (2023). *Warrior Care Network Overview*.

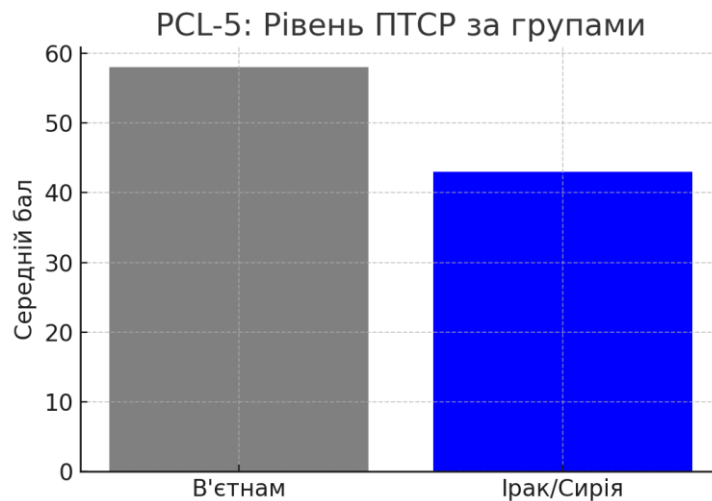
67. Національна стратегія з психічного здоров'я в Україні (2021).
Проект "Ти як?"
68. Bozarth, J. D. (2001). Client-Centered Therapy: The Evolution of a Revolution. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(4), 25–38.
69. Cain, D. J., & Seeman, J. (Eds.). (2002). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. APA.
70. Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. Bantam.
71. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.).
72. Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
73. Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Середній вік ветеранів

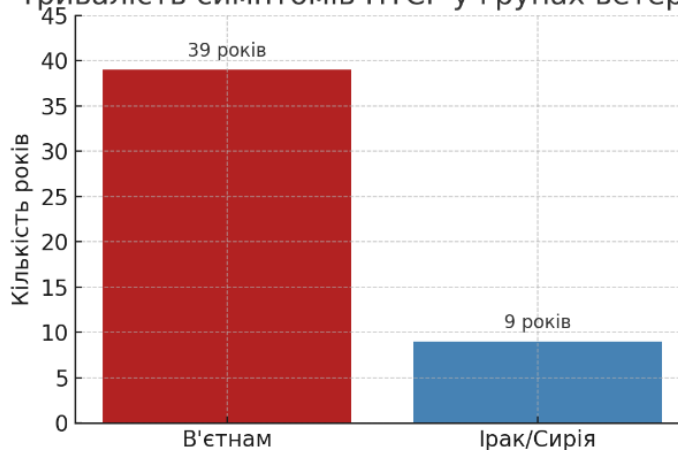
Група ветеранів В'єтнаму має значно вищий середній вік (72 роки), ніж група ветеранів Іраку/Сирії (35 років). Цей фактор впливає на стиль взаємодії у клієнтоорієнтованій терапії: старші клієнти потребують більше часу на формування довіри та можуть мати нижчу готовність до змін.



Тривалість симптомів ПТСР

У ветеранів В'єтнаму середня тривалість симптомів ПТСР становить понад 39 років, що свідчить про хронічний перебіг розладу. У групі Ірак/Сирія цей показник значно нижчий — близько 9 років, що впливає на вибір методів стабілізації й фокус терапії.

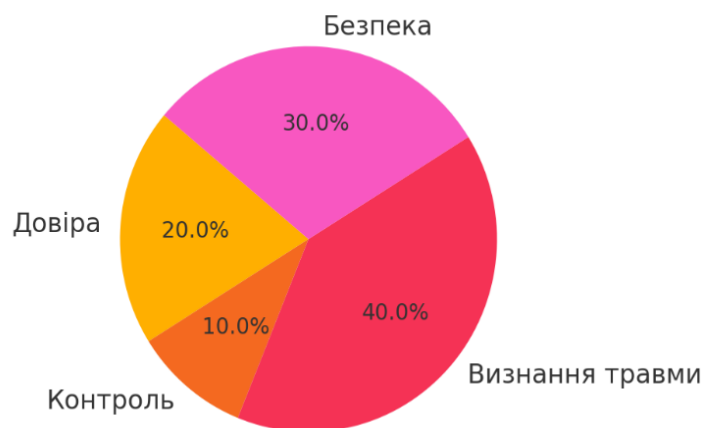
Тривалість симптомів ПТСР у групах ветеранів



Очікування від терапії — група В'єтнам

Для ветеранів В'єтнаму ключовими є очікування визнання травматичного досвіду (40%) та створення безпечного простору (30%). Натомість очікування автономії та контролю менш пріоритетні. Це свідчить про потребу в підтримці та емоційному прийнятті.

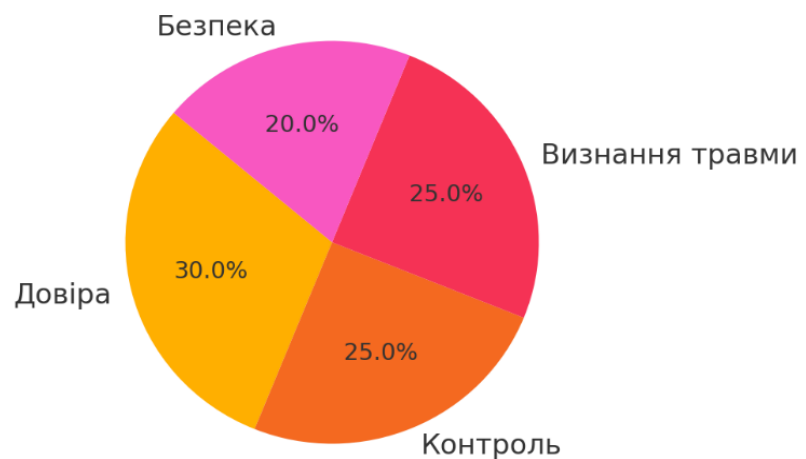
Очікування від терапії (група В'єтнам)



Очікування від терапії — група Ірак/Сирія

Молодші ветерани очікують більшої автономії, контролю над процесом терапії (разом 55%), та вищого рівня довіри. Це відповідає загальній тенденції до активнішого залучення клієнта в терапевтичний процес у клієнтоорієнтованому підході.

Очікування від терапії (група Ірак/Сирія)



Додаток К.

Емпіричне дослідження з використанням опитувальника PCL-5

З метою кількісного вимірювання рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вибірках військовослужбовців було проведено емпіричне дослідження із застосуванням шкали **PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)** — стандартизованого психометричного інструменту, розробленого відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5.

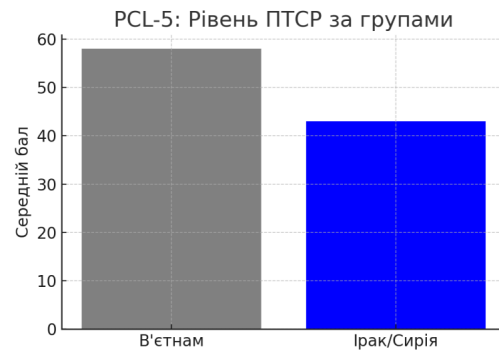
Результати виявили суттєву різницю між середніми показниками шкали:

- **Група В'єтнам:** середній бал PCL-5 становив **58**, що відповідає високому рівню симптомів ПТСР з ознаками хронічного перебігу.
- **Група Ірак/Сирія:** середній бал — **43**, що вказує на помірний рівень симптомів з потенціалом до терапевтичної корекції.

Ці результати свідчать про важливість урахування тривалості травматичного досвіду та вікових особливостей при застосуванні клієнтоорієнтованого підходу. Старші ветерани мають більш хронічний характер симптомів, демонструють нижчу динамічність у зміні установок, що вимагає від консультанта тривалішої фази стабілізації та формування довіри. Молодші учасники, з менш тривалим посттравматичним досвідом, частіше демонструють готовність до діалогу, активні очікування автономії та чітких цілей терапії.

Для кількісного вимірювання рівня посттравматичного стресового розладу у двох вибірках ветеранів було застосовано опитувальник PCL-5. Його результати дозволили не лише встановити ступінь вираженості симптомів, а й зіставити хронічність травми у ветеранів В'єтнаму та відносну "свіжість" бойового досвіду у ветеранів Іраку та Сирії, що має безпосередній вплив на ефективність клієнтоорієнтованого підходу в консультуванні.

Нижче подано графік, що ілюструє рівень ПТСР за шкалою PCL-5 у двох групах:

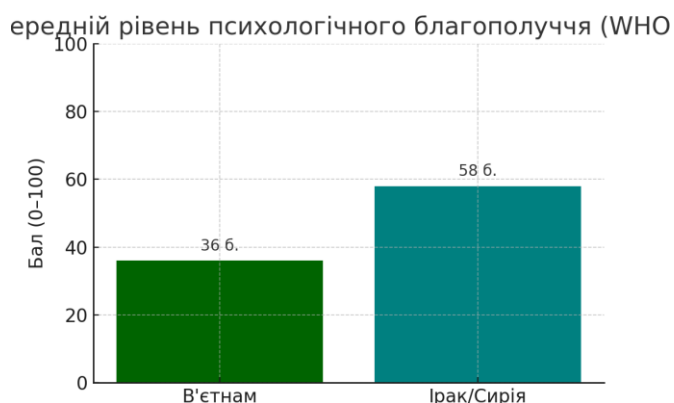


Оцінка психологічного благополуччя за допомогою WHO-5 Well-Being Index

Таблиця 9

Показник	Група В'єтнам	Група Ірак/Сирія
Середній бал WHO-5	36	58
Інтерпретація	Порушене благополуччя, можливі депресивні прояви	Помірне благополуччя, з потенціалом до відновлення
Переважаючий емоційний стан	Апатія, виснаження	Гризовжність, емоційні коливання
Готовність до емоційної активізації	Низька	Середня/висока

Нижче подано графік, який ілюструє середній рівень психологічного благополуччя за шкалою WHO-5:



Опитувальник WHO-5 підтвердив важливу тенденцію: ветерани В'єтнаму демонструють нижчі показники загального психічного благополуччя, що відповідає хронічному ПТСР та довготривалій ізоляції. У той час як ветерани Іраку/Сирії демонструють більшу емоційну пластичність і здатність до включення в терапевтичний процес.

У контексті клієнтоорієнтованого підходу це означає, що при роботі з першою групою акцент варто робити на стабілізації та підтримці, тоді як з другою — можна швидше переходити до процесуальної роботи над травмою.