КІОСОВ ДМИТРО ДЕМ'ЯНОВИЧ
3551806115
вчасно 20.11.2026 17:46

ГУРЕНКО ОЛЬГА ІВАНІВНА
2767210021
вчасно 20.11.2026 21:09

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНИХ ПРОГРАМ США, ІЗРАЇЛЮ ТА УКРАЇНИ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач другого рівня вищої освіти, група м22СР (а)-з
Галузь знань: І Охорона здоров'я та соціальне забезпечення
Спеціальність: І10 Соціальна робота та консультування
Освітньо-професійна програма: Поствоєнна соціально-психологічна реінтеграція

Дмитро КІОСОВ

Керівник:
д.п.н., проф. **Ольга ГУРЕНКО**

Рецензент:
д.психол.н., проф. **Олена СТАРИНСЬКА**

Запоріжжя – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП…….3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ…….7

1.1. Поняття, принципи та структура соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців……..7

1.2. Критерії та показники оцінки дієвості державних реабілітаційних програм…….. 16

Висновки до розділу 1…….. 21

РОЗДІЛ 2. ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У США ТА ІЗРАЇЛІ……...22

2.1. Організація соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців у США…… 22

2.2. Ізраїльська практика соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та інтеграції у громаду…….27

2.3. Порівняльний аналіз моделей реабілітації США та Ізраїлю…….……...32

Висновки до розділу 2……36

РОЗДІЛ 3. СТАН РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ…….37

3.1. Сучасний стан державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні……...37

3.2. Концептуальна модель міжвідомчого супроводу та практичні рекомендації щодо адаптації досвіду США й Ізраїлю в Україні……...…….52

Висновки до розділу 3…….63

ВИСНОВКИ……...64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..67
ДОДАТКИ……..80

ВСТУП

Трансформація соціальної структури суспільства під впливом воєнних дій висуває нові вимоги до державних механізмів ресоціалізації осіб із бойовим досвідом. Масштаб потреби засвідчують клінічні дані, оприлюднені у 2026 році колективом дослідників під керівництвом Ф. Гайленда в міжнародному науковому журналі Acta Psychiatrica Scandinavica: згідно з цією інформацією, серед 590 військовослужбовців Збройних Сил України, які перебували в госпіталях і реабілітаційних центрах, посттравматичний стресовий розлад або його комплексну форму діагностовано у 67,4% обстежених. Традиційні підходи, орієнтовані переважно на компенсаторні виплати та клінічне лікування, демонструють обмежену результативність без цілісної системи відновлення психологічного гомеостазу та соціальних зв’язків.

В Україні сформовано стратегічну рамку ветеранської політики [38; 39], проте дослідники констатують брак міжвідомчої координації, фінансового обґрунтування та дієвого моніторингу, через що вона ризикує залишитися декларативною [43, с. 1038–1039]. Отже, наявна суперечність між потребою в цілісній системі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців і фрагментарністю чинних державних програм. Вивчення сталих моделей підтримки комбатантів у країнах із тривалим досвідом експедиційних війн (США) та постійної мобілізаційної готовності (Ізраїль) дає змогу виявити інваріантні закономірності й адаптувати дієві інструменти до української системи, котра функціонує в режимі безперервного подолання наслідків масштабної війни, що й увиразнює **актуальність** нашої роботи.

У зарубіжному науковому дискурсі теоретичне підґрунтя проблеми заклали дослідники Дж. Енгель (біопсихосоціальна модель), Дж. Шей і Б. Літц (моральна травма), Ч. Гоуг (бойовий стрес і повернення до цивільного життя). Суїцидальний ризик серед американських ветеранів досліджують Дж. Говард і М. Дж. П'ю; віддалені наслідки бойової та колективної травми в Ізраїлі – З. Соломон, Й. Леві-Белз і Ю. Нерія; поширеність посттравматичних розладів серед українських військових – Ф. Гайленд із колегами.

Серед українських учених психологічну допомогу й реабілітацію військовослужбовців вивчають науковці О. Кокун і Н. Агаєв; етапи й технології соціально-психологічної реабілітації особистості, травмованої війною, – Т. Титаренко; потреби військових, ветеранів і їхніх сімей у сфері психічного здоров'я – І. Пінчук; соціальну роботу та психосоціальну підтримку ветеранів – Т. Семигіна й О. Столярик; ветеранську політику як об'єкт публічного управління – В. Серветник. Водночас наявні праці зосереджено переважно на клінічних або вузьконаціональних аспектах, тоді як цілісного порівняння державних програм США, Ізраїлю та України за єдиними індикаторами досі бракує.

Мета нашого дослідження – здійснити теоретико-емпіричний компаративний аналіз архітектоніки, змісту та результативності державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців у США, Ізраїлі та Україні й на цій основі розробити науково обґрунтовану концептуальну модель модернізації вітчизняної ветеранської політики.

Установлена мета передбачає виконання таких завдань:

1) розкрити теоретико-методологічні засади соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців і уточнити поняття її континууму;

2) вивчити нормативні засади, інституційні моделі та програмні інструменти реабілітації у США та Ізраїлі;

3) схарактеризувати стан і проблеми державної системи соціально-психологічної реабілітації в Україні;

4) порівняти три національні моделі за спільними індикаторами та визначити критерії оцінки їх дієвості;

5) розробити концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів для України.

Об’єкт дослідження – соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців і ветеранів війни як складова державної ветеранської політики та системи соціальної роботи.

Предмет дослідження – інституційні моделі, нормативні засади, програмно-цільові інструменти та технології соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців у державних системах США, Ізраїлю та України в їх порівняльному вимірі.

Методологічну основу роботи становить комплекс загальнонаукових і спеціальних методів: описовий – для характеристики змісту державних програм, послуг та їх отримувачів у трьох країнах; аналіз – для розкладання нормативних і програмних документів на складові (цілі, суб’єкти, інструменти, ресурси, показники); синтез – для побудови цілісних національних моделей реабілітації та критеріїв їх дієвості; індукція – для виведення загальних закономірностей з окремих програм і кейсів; дедукція – для перевірки положень моделі на матеріалі конкретних програм; історичний – для простеження етапів становлення систем підтримки військовослужбовців і чинників їх реформування; порівняння – для зіставлення окремих елементів систем (послуг, повноважень, фінансування). Компаративний аналіз застосовано для цілісного порівняння й типологізації моделей трьох країн за єдиними індикаторами; моделювання – для розроблення концептуальної моделі міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: 1) уперше здійснено порівняльний аналіз державних систем соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців США, Ізраїлю та України за єдиною системою критеріїв і типологізовано їх як міжвідомчу модель керованого переходу, інтегровану модель наближеної допомоги та перехідну двоконтурну

модель; 2) уперше розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів, що поєднує військовий, цивільний і сімейно-громадський контури, «теплу» передачу людини між ними та відновлення супроводу в разі повторного призову; 3) удосконалено критерії оцінки дієвості державних реабілітаційних програм (безперервність, доступність, комплексність, скоординованість, результативність для людини та сім'ї) із фокусом на подоланні розірваності між військовим і цивільним секторами; 4) дістали подальшого розвитку принципи соціально-психологічної реабілітації, доповнені принципом взаємної адаптації людини та середовища.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання запропонованої моделі та критеріїв оцінки органами державної влади й місцевого самоврядування, фахівцями із супроводу ветеранів війни, надавачами соціальних і психологічних послуг у громадах, а також у підготовці фахівців із соціальної роботи та поствоєнної реабілітації.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел (96 найменувань) і 2 додатків. Загальний обсяг роботи – 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття, принципи та структура соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Формування державної політики поствоєнного відновлення людського потенціалу потребує чіткого розмежування медичної та соціально-психологічної парадигм допомоги. Тривалий час домінував клініко-патерналістський підхід, за якого повернення військовослужбовця з війни зводилося до лікування або призначення соціальних виплат. Утім сучасна наука розглядає військовослужбовця не як пасивного пацієнта, а як активного суб’єкта, який після перебування в екстремальному середовищі проходить перебудову ідентичності, соціальних ролей і ціннісних орієнтирів.

Теоретичною рамкою такого розуміння є біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля, котрий пояснює стан людини взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників [62], а також Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ), ухвалена Всесвітньою організацією охорони здоров’я 2001 року [70]. За даними МКФ успішність реабілітації визначається не відсутністю діагнозу, а рівнем активності особи та її участі в житті сім’ї, трудового колективу й громади, а також усуненням бар’єрів середовища [70]. Саме ці два положення – багаточинниковість і орієнтація на участь – відрізняють соціально-психологічну реабілітацію від суто медичної.

У науковому дискурсі повернення військовослужбовця до мирного життя описують низкою суміжних термінів: «декомпресія», «реадаптація», «відновлення», «психологічна реабілітація», «соціально-психологічна реабілітація», «психосоціальна підтримка», «ресоціалізація», «реінтеграція». Їх нерідко вживають як синоніми або вкладають у них різний зміст залежно від галузі – медицини, психології, соціальної роботи чи публічного управління. Через це виникає термінологічна плутанина, яка ускладнює як

зіставлення результатів досліджень, так і порівняння державних програм різних країн. Щоб її уникнути, розмежуємо найуживаніші поняття та визначимо, у якому значенні їх використано в роботі;

1) психологічна декомпресія та відновлення – перехідний етап між участю в бойових діях і поверненням до звичних умов. Дослідники О. Кокун, Н. Агаєв розкривають механізми бойового стресу та профілактику негативних психічних станів [25], а також етапи організації медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій на етапі відновлення [42]. Зміст цього етапу – поступове зниження психоемоційної напруги та підготовка до повернення в сім'ю;

2) психологічна реабілітація – цілеспрямоване відновлення психічних функцій, адаптаційного потенціалу та психологічної стійкості після впливу екстремальних чинників війни. Науковець О. Блінов пов'язує її завдання з подоланням наслідків бойової психічної травми, яка виникає під дією бойових стрес-факторів [2]. Дослідник І. Приходько обґрунтовує показання і протипоказання до такої реабілітації після виконання завдань у бойових умовах і наголошує, що бойові дії позначаються не лише на фізичному й ментальному здоров'ї [30], але й на соціальній взаємодії комбатантів;

3) соціально-психологічна реабілітація – ширша категорія, що поєднує внутрішньоособистісне відновлення з відновленням системи соціальних зв'язків. Науковиця Т. Титаренко розглядає її як активізацію соціально-адаптивних можливостей травмованої війною особистості та оновлення її життєвої перспективи, виокремлюючи етапи цього процесу і відповідні їм технології [45]. Дослідниці О. Столярик і Т. Семигіна подають психосоціальну підтримку ветеранів і їхніх сімей як спільну роботу фахівця й клієнта, що спирається на сильні сторони людини [44, с. 66], тобто клієнт сам визначає цілі й залучає власні ресурси;

4) реінтеграція – завершальний процес повернення до активного функціонування в цивільному суспільстві. Його пояснює теорія військового переходу, запропонована К. Кастро і С. Кінтцле [56]: перехід складається з

трьох взаємопов’язаних фаз, а його успішність залежить від зайнятості, стану здоров’я, підтримки сім’ї та включеності в громаду [74], що й визначає зміст підтримки на цьому етапі.

Відзначимо, що в чинному законодавстві України ці поняття закріплено фрагментарно: окремі акти регулюють різні ланки процесу, проте єдиного визначення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців і реінтеграції ветеранів немає. Так, порядок надання психологічної допомоги ветеранам війни та членам їх сімей запроваджує трирівневу систему послуг і реєстр суб’єктів, які їх надають, однак охоплює лише психологічний компонент і поширюється переважно на осіб, які вже звільнилися або звільняються зі служби [10]. Окремим актом врегульовано діяльність фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб: вони працюють у комунальних установах і підтримують ветеранів, демобілізованих та членів їхніх сімей на рівні громади, тобто відповідають за соціальний супровід, а не за реабілітацію як таку [9]. Рамковим документом є Стратегія формування системи повернення з військової служби до цивільного життя на період до 2033 року з операційним планом на 2025–2027 роки, яка задає загальну логіку переходу, але не розмежовує його етапи термінологічно [39]. У підсумку психологічна допомога, соціальний супровід і повернення до цивільного життя унормовані різними документами, належать до відання різних суб’єктів і не зведені в єдиний понятійний ряд, що підтверджує потребу в робочому визначенні, яке подано нижче.

У межах нашого дослідження **соціально-психологічну реабілітацію військовослужбовців** розуміємо як безперервний процес державної та громадської підтримки, скерований на відновлення психологічного благополуччя, сімейних і соціальних зв’язків та повноцінне включення особи в професійне й громадське життя. Реінтеграцію розглядаємо як її кінцеву мету, а психологічну реабілітацію – як один із компонентів.

Наукове розуміння того, як держава й суспільство мають підтримувати людину, яка повертається з війни, склалося поступово, і в цьому розвитку ми пропонуємо виокремлювати три «зсуви»:

1. Перший «зсув» – від ізоляції до збереження соціальних зв’язків. Ще за підсумками Першої світової війни дослідник Т. Салмон дійшов висновку, що допомога має надаватися якнайближче до підрозділу, невідкладно й з очікуванням одужання [83]. Науковці Р. Грінкер і Дж. Шпіґель показали залежність психологічної стійкості комбатанта від стосунків у малій групі [67], а В. Біон на досвіді Нортфілдського госпіталю описав модель самоврядної терапевтичної спільноти [53], що закріпило роль групи у відновленні;

2. Другий «зсув» – від лікарняної допомоги до підтримки в громаді. Дослідник Р. Дж. Ліфтон, працюючи з ветеранами війни у В’єтнамі, описав відчуження й кризу довіри як наслідки невдалого повернення та практику ветеранських груп взаємопідтримки, з якої виріс принцип «рівний – рівному» [75]. Науковиця З. Соломон на матеріалі багаторічних спостережень за ізраїльськими військовими показала тривалість наслідків бойової стресової реакції та значення соціальної підтримки після повернення [87]. Дослідники М. Лахад і О. Аялон розробили модель життєстійкості BASIC Ph, яка описує шість каналів подолання стресу: віру й цінності, емоції, соціальні зв’язки, уяву, пізнання та фізичну активність [91], які можна підтримувати й поза стінами лікарні;

3. Третій «зсув» – від подолання дефіцитів до розвитку потенціалу. Концепція моральної травми Б. Літца пояснила, що частина переживань комбатанта пов’язана з порушенням його моральних переконань і потребує відновлення в ціннісній і соціальній площині [80]. Теорія посттравматичного зростання Р. Тедескі й Л. Калхуна обґрунтувала, що опрацювання травматичного досвіду може вести до позитивних особистісних змін [89]. В Україні власна науково-практична школа сформувалася після 2014 року: її представляють праці О. Кокуна й Н. Агаєва [25; 42], О. Блінова [2],

І. Приходька [30], Т. Титаренко [45], О. Столярик, Т. Семигіної [44] та ін. Її специфіка полягає в тому, що реабілітація відбувається під час війни, а не після її завершення.

Український контекст відрізняється від умов, у яких формувалися західні моделі, за трьома ознаками. По-перше, класична теорія переходу передбачає повернення ветерана в стабільне мирне суспільство, тоді як в Україні, подібно до Ізраїлю, громада сама перебуває під впливом воєнних загроз і колективного стресу. По-друге, значна частина тих, хто потребує реабілітації, залишається на службі, тож відновлення має поєднуватися з поверненням до виконання обов’язків, а не лише з переходом до цивільного життя. По-третє, різний досвід проживання війни військовими та цивільними створює ризик соціальної дистанції, тому реабілітація не може бути односторонньою адаптацією людини до суспільства. Ці ознаки пояснюють, чому для порівняння обрано саме США та Ізраїль: перша країна має найтриваліший досвід інституціоналізації ветеранських послуг, друга – досвід реабілітації в умовах постійної безпекової загрози.

Спираючись на напрацювання українських і зарубіжних дослідників, пропонуємо систему принципів, на яких має ґрунтуватися соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців:

1) комплексність – відновлення охоплює біологічний, психологічний і соціальний виміри функціонування людини, а його результат оцінюється за рівнем участі в житті сім’ї та громади [62; 70], а не лише за зникненням симптомів;

2) безперервність і послідовність – підтримка супроводжує людину на всіх етапах – від служби до повернення в громаду, без розривів між військовою та цивільною ланками [44; 56], що потребує чіткого порядку передачі людини між ними;

3) наближеність і своєчасність – допомога надається якнайближче до місця служби чи проживання, невідкладно й з настановою на відновлення, а

не на закріплення ролі хворого [83], що зберігає зв’язок людини з підрозділом і близькими;

4) ступеневість – обсяг втручання відповідає потребі: більшості достатньо базових послуг і підтримки сім’ї та громади, меншій частині потрібна фокусована, а найменшій – спеціалізована допомога [69]. У національному законодавстві цей принцип втілено в трирівневій системі психологічної допомоги [10], що відповідає логіці піраміди втручань;

5) суб’єктність та опора на сильні сторони – військовослужбовець є активним учасником процесу: сам визначає цілі, а фахівець поважає його вибір, зокрема щодо обговорення бойового досвіду [44, с. 72]. Орієнтиром є не лише подолання наслідків травми, а й особистісне зростання [89], тобто набуття нового досвіду й сенсів;

6) сімейна орієнтованість – сім’я водночас зазнає впливу травми і є головним ресурсом реінтеграції, тому послуги адресуються їй як цілісній системі [44; 87], а не лише окремому військовослужбовцю;

7) опора на спільноту – відновленню сприяють групові форми роботи та підтримка «рівний – рівному» [53; 75], а базовими умовами є відчуття безпеки, заспокоєння, віра у власні й колективні сили, зв’язок з іншими та надія [64], які значною мірою може забезпечити сама громада;

8) ненанесення шкоди – фахівець обирає інструменти, які не завдають шкоди, і уникає нереалістично оптимістичних прогнозів [44, с. 70], аби не підірвати довіру людини до допомоги.

9) взаємна адаптація – цим принципом розширюємо наведений перелік з огляду на українську специфіку. Військовослужбовці повертаються в громади, які самі живуть в умовах воєнних загроз, тому пристосовуватися має не лише людина до середовища, а й середовище – роботодавці, заклади освіти, органи місцевого самоврядування – до людини.

Структуру соціально-психологічної реабілітації в науковій літературі описують за різними підставами: за етапами [44; 56], за рівнями інтенсивності підтримки [69], за сферами функціонування особи [70], за колом залучених

інституцій. Кожна з цих підстав розкриває лише один бік процесу, тоді як порівняння державних програм потребує їх одночасного врахування. Тому пропонуємо розглядати структуру реабілітації в чотирьох взаємопов’язаних вимірах – часовому, рівневому, змістовому та суб’єктному, які відповідають на питання, коли надається підтримка, якої інтенсивності, що вона охоплює і хто її забезпечує (див. табл. 1).

У часовому вимірі реабілітація є послідовністю етапів. Теорія військового переходу виокремлює три фази, що взаємодіють і накладаються одна на одну [56; 74], а дослідниці О. Столярик і Т. Семигіна – шість стадій: мобілізацію, службу в зоні бойових дій, демобілізацію й повернення додому, реінтеграцію в сім’ю та громаду, осмислення нових життєвих сенсів і відновлення повсякдення [44, с. 66]. Для порівняння національних систем укрупнюємо їх до чотирьох етапів: підтримка під час служби, декомпресія та відновлення після виходу з бойових дій, реабілітація, реінтеграція й тривалий супровід у громаді. Найвразливішим є перехід між другим і третім етапами, коли відповідальність за людину переходить від військових до цивільних інституцій.

У рівневому вимірі орієнтиром є піраміда психосоціальної підтримки Міжвідомчого постійного комітету: базові послуги та безпека, підтримка сім’ї та громади, фокусована неспеціалізована підтримка, спеціалізовані послуги [69]. Вона показує, що державна програма не може обмежуватися клінічним рівнем: основний обсяг підтримки припадає на нижні щаблі.

У змістовому вимірі виокремлюємо чотири компоненти: психологічний (діагностика, консультування, психотерапія), сімейний (підтримка партнерів і дітей, відновлення ролей), соціально-громадський (ветеранські спільноти, взаємопідтримка, участь у житті громади) та професійно-трудовий (освіта, перенавчання, зайнятість). Такий поділ узгоджується з чинниками успішного переходу, які називає теорія військового переходу [74], і з категоріями активності та участі в МКФ [70], що дає змогу зіставляти програми різних країн.

У суб’єктному вимірі реабілітацію забезпечують військові структури, цивільні органи державної влади, органи місцевого самоврядування, громадські й ветеранські організації та сім’я [9]. В Україні ланкою, що має поєднувати цих суб’єктів на рівні громади, є фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб.

Таблиця 1.1. Структура соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Вимір	Складові	Питання для аналізу державної програми
Часовий	Підтримка під час служби; декомпресія та відновлення; реабілітація; реінтеграція і супровід	Чи охоплено всі етапи і чи немає розривів між ними
Рівневий	Базові послуги; підтримка сім’ї та громади; фокусована підтримка; спеціалізована допомога	Чи не зведено програму до клінічного рівня
Змістовий	Психологічний, сімейний, соціально-громадський, професійно-трудовий компоненти	Які компоненти забезпечено послугами та фінансуванням
Суб’єктний	Військові структури; цивільні органи влади; громади; громадські та ветеранські організації; сім’я	Хто відповідає за кожен етап і як координується взаємодія

Джерело: узагальнено автором на основі [44; 69; 70; 74].

З позицій соціальної роботи ключовим механізмом поєднання цих вимірів є ведення випадку: один фахівець оцінює потреби людини та її сім’ї, складає разом із ними план підтримки, скеровує до надавачів послуг різних рівнів і відстежує результат. Саме так забезпечується безперервність між етапами та координація між суб’єктами, а відсутність такого механізму породжує інституційну розірваність: послуги формально існують, але людина втрачається на стику відомств.

Отже, у науковому дискурсі повернення військовослужбовця до мирного життя описують низкою суміжних термінів, а в законодавстві України відповідні поняття закріплено фрагментарно. Розмежувавши найуживаніші з них, соціально-психологічну реабілітацію військовослужбовців розуміємо як безперервний процес державної та громадської підтримки, в основі якого лежить не медикалізація бойового досвіду, а супровід переходу людини до цивільного життя з опорою на сім'ю та спільноту. Спираючись на проаналізовані підходи, узагальнено її принципи: комплексність, безперервність, наближеність, ступеневість, суб'єктність, сімейна орієнтованість, опора на спільноту, ненанесення шкоди. З огляду на українську специфіку перелік розширено принципом взаємної адаптації людини та середовища. Структуру реабілітації запропоновано розглядати в чотирьох взаємопов'язаних вимірах – часовому, рівневому, змістовому та суб'єктному.

1.2. Критерії та показники оцінки дієвості державних реабілітаційних програм

Оцінювання державних програм соціально-психологічної реабілітації принципово відрізняється від клінічної діагностики. Його предметом є не стан окремої людини, а здатність програми забезпечити відновлення військовослужбовця та його повернення до участі в житті сім'ї, трудового колективу й громади. Тривалий час у вітчизняній практиці переважав формально-кількісний підхід, за якого успішність програм вимірювали обсягом освоєних коштів або кількістю наданих путівок і виплат. Такі показники фіксують зроблене державою, але не зміни в житті людини. Слабкість системи моніторингу й оцінювання дослідник В. Серветник називає серед головних вад чинної Стратегії ветеранської політики до 2030 року [43, с. 1039], що й зумовлює потребу в інших підходах до оцінювання.

Відтак, підкреслимо, що результативність програми показує, наскільки досягнуто заявлених цілей, ефективність – якими ресурсами це зроблено.

Поняття дієвості використовуємо як узагальнене: дієвою вважаємо програму, яка організована так, що людина може нею скористатися, і яка приводить до реальних змін у її функціонуванні.

У світовій практиці оцінювання соціальних програм спирається на дві загальні рамки. Науковець А. Донабедіан запропонував оцінювати якість допомоги за трьома складниками: структурою (ресурси та організація), процесом (що і як надається) та результатом (що змінилося для отримувача) [61]. Організація економічного співробітництва та розвитку визначає шість критеріїв оцінювання: релевантність, узгодженість, результативність, ефективність, вплив і сталість; критерій узгодженості додано 2019 року, щоб враховувати зв'язки між втручаннями різних суб'єктів [52]. Обидві рамки універсальні й не враховують специфіки повернення з війни. Спираючись на них, пропонуємо систему з п'яти критеріїв: чотири характеризують організацію програми й відповідають вимірам структури реабілітації, визначеним у підрозділі 1.1, а п'ятий – її результат для людини та сім'ї (див. табл. 2).

Безперервність відповідає часовому виміру й показує, чи супроводжує держава людину на всіх етапах – під час служби, після виходу з бойових дій, у період реабілітації та реінтеграції. Його показниками є наявність програм на кожному етапі, обов'язкова підготовка до звільнення, нормативно закріплений порядок передачі людини від військової до цивільної служби та строк до першого контакту з нею. Саме цей критерій дає змогу виявити інституційну розірваність між військовим і цивільним секторами, на подоланні якої зосереджено наше дослідження.

Доступність відповідає рівневому виміру. Програма має пропонувати послуги всіх рівнів інтенсивності – від базової підтримки в громаді до спеціалізованої допомоги [69], а людина повинна мати реальну можливість ними скористатися. Показники: територіальна наближеність послуг до місця проживання, безоплатність, час очікування, частка охоплених серед тих, хто має право на допомогу, та частка тих, хто завершив програму. Дослідження

корпорації RAND за редакцією науковиць Т. Таніелян і Л. Джейкокс [72] показало, що наявність послуг не означає їх отримання: поряд із користуванням допомогою необхідно вивчати бар’єри на шляху до неї.

Комплексність відповідає змістовому виміру й показує, чи не зведено програму до одного компонента. Оцінюємо представленість чотирьох компонентів: психологічного, сімейного, соціально-громадського та професійно-трудового. Сімейний компонент є обов’язковим з огляду на тривалі наслідки бойового стресу, описані науковцем З. Соломон [87], і на те, що сім’я водночас зазнає впливу травми та є ресурсом реінтеграції [44, с. 67–68]. Про соціально-громадський компонент свідчить залучення ветеранів до надання підтримки за принципом «рівний – рівному» [75]. Значення професійно-трудового компонента підтверджують опитування «Портрет ветерана» [27] Українського ветеранського фонду, де окремо вивчають потреби ветеранів у цивільному житті та перешкоди при працевлаштуванні.

Скоординованість відповідає суб’єктному виміру та критерію узгодженості в міжнародній практиці оцінювання [52]. Вона показує, чи діють військові структури, цивільні органи влади, громади й громадські організації як одна система. Показники: наявність одного відповідального за ведення випадку, розподіл повноважень без дублювання та прогалин, порядок міжвідомчої взаємодії й обміну даними, регулярний моніторинг і публічна звітність. В Україні функцію координатора на рівні громади покладено на фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб [9], що робить цю посаду ключовою для оцінювання скоординованості.

Результативність для людини та сім’ї – п’ятий критерій, який показує, що змінилося внаслідок участі в програмі. Для його вимірювання в міжнародній практиці використовують стандартизовані інструменти, які оцінюють не симптоми, а функціонування людини.

Труднощі повернення до цивільного життя вимірює Опитувальник переходу від військового до цивільного життя (M2C-Q), розроблений дослідницею Н. Сайєр зі співавторами: це шкала самооцінки з 16 пунктів,

створена на вибірці ветеранів, які користуються медичною допомогою Департаменту у справах ветеранів США [79]. Рівень функціонування та участі оцінює Шкала оцінки обмежень життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 2.0), побудована на МКФ: вона охоплює шість сфер, серед яких взаємодія з людьми, повсякденна діяльність (робота, навчання, домашні обов'язки) та участь у житті громади [77]. Позитивні особистісні зміни фіксує Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) науковців Р. Тедескі й Л. Калхуна за п'ятьма напрямами: стосунки з іншими, нові можливості, особистісна сила, духовні зміни, цінування життя [90]. Задоволеність отриманими послугами вимірює Опитувальник задоволеності клієнта (CSQ-8) [50]. Ці інструменти не дублюють, а доповнюють один одного, оскільки відповідають на різні запитання: M2C-Q показує, наскільки важко людині дається повернення до цивільного життя, WHODAS 2.0 – як вона функціонує в повсякденні, PTGI – чи стала пережита травма поштовхом до особистісних змін, CSQ-8 – як вона оцінює саму допомогу. Для оцінювання програм важливо, що перші два чутливі саме до соціального боку відновлення: за даними розробників M2C-Q, вищі бали труднощів реінтеграції пов'язані із загальним відчуттям складності повернення до цивільного життя та з ознаками ймовірного посттравматичного стресового розладу, а серед безробітних ветеранів ці труднощі більші [79]; WHODAS 2.0 має повну версію з 36 пунктів і скорочену з 12, що дає змогу застосовувати її як у дослідженнях, так і в повсякденній роботі служб [77]. Водночас усі чотири інструменти ґрунтуються на самооцінці й описують стан окремої людини. Показником дієвості програми вони стають лише тоді, коли вимірювання проводять щонайменше двічі – на початку й після завершення участі – та узагальнюють за всіма учасниками.

Поряд із опитувальниками результат характеризують об'єктивні соціальні показники: зайнятість і утримання на робочому місці, здобуття освіти чи нової кваліфікації, стабільність сімейних стосунків, участь у громадському житті. У вітчизняній практиці діагностичні критерії розроблено передусім для клінічного рівня – посттравматичного стресового розладу та

розладів адаптації, про що свідчать праці науковців О. Кокуна, Н. Агаєва зі співавторами [42]. Інструменти оцінки реінтеграції натомість потребують української адаптації та впровадження в державний моніторинг.

Застосування п’ятого критерію має обмеження. Він потребує дані про конкретних учасників програм, які для порівняння трьох країн у відкритому доступі здебільшого відсутні. Тому в розділах 2 і 3 чотири організаційні критерії оцінюємо за нормативними і програмними документами, а п’ятий – за тим, чи вимірює держава такі результати сама, чи оприлюднює їх, та за наявними опублікованими даними досліджень.

Таблиця 1.2. Критерії та показники оцінки дієвості державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Критерій	Вимір структури	Показники
Безперервність	Часовий	Програми на кожному з чотирьох етапів; підготовка до звільнення; порядок передачі від військової до цивільної служби; строк до першого контакту
Доступність	Рівневий	Послуги всіх рівнів інтенсивності; територіальна наближеність; безоплатність; час очікування; охоплення; частка тих, хто завершив програму
Комплексність	Змістовий	Наявність психологічного, сімейного, соціально-громадського, професійно-трудового компонентів; послуги для членів сім’ї; підтримка «рівний – рівному»
Скоординованість	Суб’єктний	Відповідальний за ведення випадку; розподіл повноважень; міжвідомча взаємодія та обмін даними; моніторинг і публічна звітність
Результативність для людини та сім’ї	Усі виміри	Труднощі реінтеграції (M2C-Q); функціонування та участь (WHODAS 2.0); посттравматичне зростання (PTGI); задоволеність послугами (CSQ-8); зайнятість; стабільність сім’ї

Джерело: розроблено автором на основі [50; 52; 61; 69; 77; 79; 90].

Отже, дієвість державної програми соціально-психологічної реабілітації не можна оцінити ані медичною статистикою, ані фінансовими звітами. Спираючись на загальні моделі оцінювання та на структуру реабілітації, визначену в підрозділі 1.1, запропоновано систему з п’яти критеріїв: безперервність, доступність, комплексність і скоординованість характеризують організацію програми, а результативність для людини та сім’ї – її кінцевий ефект. На відміну від поширених підходів, система містить окремий критерій безперервності, який фіксує розриви на переході між військовим і цивільним секторами. За цими критеріями в наступних розділах проаналізовано державні програми США та Ізраїлю й оцінено стан української системи.

Висновки до розділу 1.

Отже, соціально-психологічну реабілітацію військовослужбовців слід визначати як безперервний процес державної та громадської підтримки, спрямований на відновлення психологічного благополуччя, сімейних і соціальних зв’язків та повноцінне включення особи в професійне й громадське життя.

На основі аналізу наукових підходів узагальнено принципи реабілітації: комплексність, безперервність, наближеність, ступеневість, суб’єктність, сімейна орієнтованість, опора на спільноту, ненанесення шкоди. З огляду на українську специфіку, коли реабілітація відбувається під час війни, перелік розширено принципом взаємної адаптації людини та середовища. Структуру реабілітації запропоновано розглядати в чотирьох взаємопов’язаних вимірах – часовому, рівневому, змістовому та суб’єктному.

Відповідно до цієї структури обґрунтовано п’ять критеріїв дієвості державних реабілітаційних програм: безперервність, доступність, комплексність і скоординованість характеризують організацію програми, а результативність для людини та сім’ї – її кінцевий ефект. Критерій

безперервності дає змогу виявити розриви на переході між військовим і цивільним секторами. Визначені принципи, виміри та критерії становлять аналітичну рамку для порівняння систем США, Ізраїлю та України в наступних розділах.

РОЗДІЛ 2. ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У США ТА ІЗРАЇЛІ

2.1. Організація психосоціальної підтримки військовослужбовців у США

Система психосоціальної підтримки військовослужбовців у США побудована навколо двох федеральних відомств. Міністерство оборони відповідає за підтримку під час служби та підготовку до звільнення, Департамент у справах ветеранів – за супровід після нього. Такий поділ робить ключовим питанням передачу людини від одного відомства до іншого. На рівні державної політики його встановив Виконавчий указ Президента США № 13822 від 9 січня 2018 року: у ньому визнано, що в перший рік після звільнення рівень самогубств серед ветеранів приблизно вдвічі вищий за загальний показник для ветеранів, а міністрів оборони, у справах ветеранів і внутрішньої безпеки зобов’язано розробити спільний план дій, щоб забезпечити безперешкодний доступ до психіатричної допомоги та запобігання самогубствам у цей період [88]. Розглянемо систему за етапами, визначеними в підрозділі 1.1, і оцінимо її за критеріями з підрозділу 1.2.

Важливим напрямом діяльності є підтримка під час служби та після розгортання. Базовим документом є Інструкція Міністерства оборони США № 6490.05 «Підтримання психологічного здоров’я під час військових операцій». Вона зобов’язує види збройних сил мати програми контролю бойового та операційного стресу, які охоплюють профілактику стресу до розгортання та роботу зі стресовими реакціями під час і після нього, а психологічну допомогу при таких реакціях прирівнює за значенням до допомоги при фізичних ушкодженнях [76]. Психічний стан кожного військовослужбовця обов’язково оцінюють тричі: у межах двох місяців до розгортання, через 3–6 і через 7–12 місяців після повернення [78], що дає змогу вчасно виявити відстрочені реакції.

Окремо від медичної системи діють програми немедичного консультування – Military OneSource та Програма консультування з питань військового та сімейного життя. Вони надають військовослужбовцям і членам їхніх сімей безоплатні конфіденційні консультації з питань адаптації після розгортання, подружніх стосунків, батьківства та керування стресом – до 12 сесій з кожного питання, причому звернення не повідомляється командуванню [59]. Для Національної гвардії та резерву, військовослужбовці яких після розгортання повертаються не в гарнізон, а в цивільні громади, Конгрес 2008 року запровадив Програму реінтеграції «Жовта стрічка». Вона супроводжує військовослужбовців і їхні сім'ї на всіх фазах циклу розгортання, а реінтеграційні заходи проводять приблизно через 30, 60 і 90 днів [81] після демобілізації.

Ще один напрям – перехід до цивільного життя. Центральним інструментом є Програма сприяння переходу (Transition Assistance Program, TAP), участь у якій для тих, хто звільняється, загалом обов'язкова. Закон про асигнування на національну оборону на 2019 фінансовий рік зробив її індивідуалізованою: військовослужбовець проходить самооцінювання та первинне індивідуальне консультування, за результатами яких його відносять до одного з рівнів потреби в підтримці, а далі опановує оновлену базову програму і дводенні заняття за обраним напрямом – працевлаштування, вища чи професійна освіта [84]. Починати програму належить не пізніше ніж за рік до очікуваного звільнення.

Передачу між відомствами забезпечують два спеціальні механізми. Програма inTransition Міністерства оборони – безоплатна, добровільна й конфіденційна: військовослужбовцям, які протягом року до звільнення отримували психіатричну чи психологічну допомогу, призначають особистого консультанта, який супроводжує їх до першого візиту до нового надавача послуг [71]. Програма Solid Start Департаменту у справах ветеранів, розпочата 2019 року і закріплена законом 2022 року, передбачає три телефонні дзвінки кожному новому ветеранові протягом першого року після звільнення

незалежно від його підстав, з пріоритетом для тих, хто звертався по психологічну допомогу ще на службі [86]. Обидва механізми побудовано на ініціативі держави: служба сама виходить на людину, а не чекає її звернення.

Наступний напрям діяльності – підтримка ветеранів у громаді. Основною ланкою соціально-психологічної реабілітації після служби є ветеранські центри (Vet Centers). Конгрес створив їх 1979 року в структурі Управління охорони здоров’я ветеранів, визнавши, що значна частина ветеранів війни у В’єтнамі має труднощі з адаптацією. Служба адаптаційного консультування надає індивідуальне, групове, подружнє та сімейне консультування в 300 центрах, допомагаючи ветеранам, військовослужбовцям і членам їхніх сімей адаптуватися до цивільного життя або до продовження служби; у 2021 фінансовому році центри обслужили 107 367 клієнтів і провели 32 415 інформаційно-просвітницьких заходів [94]. Центри розташовано окремо від інших установ Департаменту [66], щоб забезпечити конфіденційність і знизити бар’єри доступу, а віддалені громади обслуговують 83 мобільні центри.

Участь громад підтримує Закон імені командера Дж. С. Геннона про покращення охорони психічного здоров’я ветеранів 2019 року. Його стаття 201 запровадила грантову програму імені штаб-сержанта П. Ґ. Фокса, за якою Департамент фінансує місцеві організації, що надають чи координують послуги із запобігання самогубствам для ветеранів і їхніх сімей; на 2021–2025 фінансові роки Конгрес дозволив виділити на неї 174 млн доларів [58]. Так держава досягає й тих ветеранів, які не користуються її власною мережею закладів.

Оцінимо діяльність за визначеними раніше критеріями (див. табл. 3):

1) за критерієм *безперервності* американська система нормативно охоплює всі чотири етапи й має спеціальні механізми передачі людини між відомствами. Водночас аудит Рахункової палати США показав розрив між нормою та практикою: у програмі TAP взяли участь понад 90% тих, хто звільнявся, але вчасно, за рік до звільнення, її розпочали лише 25%, а майже

чверть військовослужбовців із найвищою потребою в підтримці не відвідала обов’язкових дводенних занять; після виконання рекомендацій аудиту відвідуваність у цій групі зросла з 76% до 83% [84]. Значення особистої передачі підтверджують дані програми inTransition [55]: коли надавач послуг сам поєднує військовослужбовця з програмою, допомогу приймають 94% осіб, без такої передачі – близько 10%;

2) за критерієм *доступності* сильною стороною є наявність немедичного каналу допомоги: безоплатні конфіденційні консультації, про які не повідомляють командуванню [59], і ветеранські центри, відокремлені від медичних установ [66], знімають бар’єр стигми та побоювань за кар’єру;

3) за критерієм *комплексності* представлено всі чотири компоненти: психологічний (контроль бойового стресу, адаптаційне консультування), сімейний (консультування подружжів і сімей як під час служби, так і у ветеранських центрах), соціально-громадський (групова робота, гранти місцевим організаціям) і професійно-трудовий (напрями програми TAP);

4) найслабшим місцем залишається *скоординованість*. Розподіл відповідальності між двома відомствами потребує постійного узгодження, для чого діє Спільний виконавчий комітет Міністерства оборони та Департаменту у справах ветеранів. Рахункова палата США надала рекомендації щодо програми inTransition, обліку й перевірки особистої передачі військовослужбовців, інформування в межах Solid Start та оцінювання самим комітетом заходів із психологічної підтримки в перехідний період [60]. Щодо ветеранських центрів палата також дійшла висновку [94], що існують можливості краще забезпечити потреби клієнтів в адаптаційному консультуванні;

5) за критерієм *результативності* для людини та сім’ї принципово важливо, що держава сама вимірює результати й оприлюднює їх, а програми підлягають незалежному аудиту. Самі результати неоднозначні: за даними когортного дослідження Джеффрі Говарда зі співавторами, серед понад 2,5 млн ветеранів, які служили після 11 вересня 2001 року, рівень самогубств

зростав із 2006 до 2020 року й лише відтоді почав знижуватися [68]. Це означає, що розвинена організаційна структура не гарантує результату без реальної безперервності супроводу.

Таблиця 2.1. Оцінка системи психосоціальної підтримки військовослужбовців у США за критеріями дієвості

Критерій	Як реалізовано
Безперервність	Оцінювання психічного стану до і після розгортання; TAP за рік до звільнення; inTransition; три дзвінки Solid Start у перший рік
Доступність	300 ветеранських центрів і 83 мобільні; безоплатні конфіденційні немедичні консультації
Комплексність	Представлено психологічний, сімейний, соціально-громадський і професійно-трудовий компоненти
Скоординованість	Спільний план дій трьох відомств; Спільний виконавчий комітет; незалежний аудит
Результативність для людини та сім'ї	Результати вимірюють і публікують

Джерело: складено автором на основі [55; 58–60; 66; 68; 71; 78; 84; 86; 88].

Отже, американську систему відрізняють законодавче закріплення кожного етапу підтримки, ініціативний вихід держави на людину в перший рік після звільнення, конфіденційні немедичні канали допомоги, мережа ветеранських центрів у громадах і незалежний аудит програм. Її головна проблема лежить не в наборі послуг, а на стику двох відомств: формально передбачені механізми переходу спрацьовують не для всіх, і саме в цей період ризики найвищі.

2.2. Ізраїльська практика соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та інтеграції у громаду

Ізраїльська модель соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців складалася в інших умовах, ніж американська. Загальний військовий обов’язок і масовий резерв означають, що військовослужбовець водночас є членом громади й повертається до неї не один раз, а після кожного призову. Тому в Ізраїлі немає окремого ветеранського відомства: підтримку під час служби надає Медичний корпус Армії оборони Ізраїлю (ЦАХАЛ), а після неї – два підрозділи Міністерства оборони. Відділ реабілітації опікується тими, хто зазнав поранення чи психічної травми, і діє на підставі Закону про осіб з інвалідністю (виплати та реабілітація) 1959 року [96]. Департамент у справах звільнених солдатів і резервістів супроводжує повернення до цивільного життя всіх, хто завершив службу, відповідно до Закону про інтеграцію звільнених солдатів 1994 року [92]. Розглянемо цю систему за критеріями, виокремленими в підрозділі 1.1.

Основою ізраїльського підходу є допомога якомога ближче до підрозділу. Принципи наближеності, невідкладності та очікування повернення до строю були переосмислені після воєн 1973 і 1982 років; їх застосування та віддалені наслідки бойової стресової реакції дослідила З. Соломон [87]. Сьогодні Медичний корпус описує свою роботу як безперервний ланцюг допомоги. Перша ланка – стабілізація в самому підрозділі: взаємодопомога побратимів, присутність командира, групове опрацювання бойового досвіду. Друга – офіцер із психічного здоров’я, який оцінює стан і розпочинає раннє втручання. Далі йдуть спеціалізована допомога при травмі та інтенсивне лікування з реабілітацією і поверненням до служби [85]. За офіційними даними армії [95], станом на 1 квітня 2024 року було залучено близько 850 офіцерів із психічного здоров’я, а допомогу у зв’язку з бойовою стресовою реакцією отримали приблизно 1 900 військовослужбовців; діє також гаряча лінія психологічної підтримки.

Останню ланку цього ланцюга становить центр «Таацумот», відкритий 30 травня 2024 року для військовослужбовців із посттравматичними симптомами. Він пропонує три формати: тритижневу інтенсивну денну програму в групі за участі командирів, посилений амбулаторний курс до шести тижнів і амбулаторну психотерапію тривалістю близько трьох місяців. Через центр пройшло близько 1 600 осіб, і його дані показують, що міцніший зв’язок із підрозділом пов’язаний із нижчим рівнем симптомів у подальшому [85]. Для тих, хто вже звільнився, діє Підрозділ допомоги при бойовій стресовій реакції. Це виняток із загального правила, за яким армія не лікує цивільних; за даними ЦАХАЛу [54], від початку війни до нього звернулося понад 5 000 нових пацієнтів.

Департамент у справах звільнених солдатів і резервістів є загальнодержавним органом, відповідальним за допомогу тим, хто завершив службу. Право на неї має особа, яка відслужила щонайменше дванадцять місяців, і воно зберігається до п’яти років після звільнення. Допомога охоплює грошову виплату при звільненні, персональний депозит, підтримку в здобутті освіти, професійне навчання та профорієнтацію [92]. Отже, для більшості звільнених держава робить ставку на освіту й працевлаштування як основний шлях реінтеграції, а психологічний супровід залишається за армією та Відділом реабілітації.

Особливу групу становлять резервісти, які багаторазово переходять від служби до роботи, навчання й сім’ї. Державний контролер Ізраїлю у звітах від 18 листопада 2025 року встановив, що за жовтень 2023 – липень 2024 року виплати резервістам сягнули близько 20 млрд шекелів, проте армія та Національний інститут страхування не мають узгодженого механізму контролю й обміну даними. Посилені гарантії від звільнення з роботи не закріплено на наступні роки. У резерві служило близько 60 тис. студентів, тобто приблизно 18% усіх студентів країни; із 195 млн шекелів, виділених закладам вищої освіти на їхню підтримку, використано 124 млн, а більшість

опитаних студентів залишилася незадоволеною допомогою [49], що свідчить про розрив між виділеними ресурсами та реальною допомогою.

Відділ реабілітації Міністерства оборони відповідає за добробут і реабілітацію осіб, які зазнали ушкоджень під час служби, та за їхню якнайповнішу інтеграцію в суспільство. У 2022 році він опікувався близько 60 тис. осіб з інвалідністю від 20%, з яких приблизно 15 300 мали травми голови, психічні травми або посттравматичний стресовий розлад [93]. Поштовхом до змін стало самоспалення ветерана у квітні 2021 року: уже в травні уряд схвалив реформу «Нефеш ахат» («Одна душа») з бюджетом 1,5 млрд шекелів на 2021–2022 роки. План реформи [93] містив 70 завдань, серед яких допомога при посттравматичному розладі, зміна роботи медичних комісій, житло, професійна реабілітація, закріплення пільг у законі та цифрові послуги.

Війна різко збільшила навантаження на систему. За даними Міністерства оборони, на березень 2025 року допомогу отримали понад 16 тис. поранених від 7 жовтня 2023 року, 66% з них – резервісти, і кожен другий має психологічні труднощі; загалом Відділ опікується 78 тис. осіб. Щоб не затримувати допомогу, лікування й психологічну підтримку надають одразу, а оцінювання медичною комісією відкладають на рік [73]. У липні 2026 року Кнесет ухвалив закон, який уперше визначив бойову травму як психологічну реакцію на травматичну подію під час оперативної діяльності, а уряд схвалив пакет змін [51], кожен поранений отримує особистого координатора, розширюються підтримка сімей і програми повернення до праці.

Громадський рівень представлений центрами стійкості. Упродовж 2008–2022 років створено 14 таких центрів, що обслуговують близько 1,3 млн мешканців прикордонних територій; більшістю з них керує Ізраїльська коаліція травми, а Міністерство охорони здоров’я визначає для них методи короткострокової допомоги при тривозі та травмі [82]. Центри працюють із цивільним населенням, а не з військовослужбовцями, однак саме вони формують середовище, до якого повертається резервіст: громаду, де психологічна допомога є звичною і розташована поруч.

Оцінимо діяльність за визначеними раніше критеріями (див. табл. 4):

1) за критерієм *безперервності* ізраїльська система сильна всередині армії: допомога починається в підрозділі й ступенево посилюється, не відриваючи людину від побратимів. Розрив виникає на виході зі служби. До війни шлях до визнання травми тривав у середньому 180 днів до принципового рішення і 256 днів до висновку медичної комісії; прискорена процедура скоротила ці строки до 65 і 144 днів [93]. Під час війни проблему пом’якшили тим, що допомогу надають до рішення комісії [73]. Найменш захищеними лишаються резервісти: після завершення призову вони отримують значно менше супроводу, ніж військовослужбовці строкової служби [54], що створює ризик утрати контакту з ними;

2) за критерієм *доступності* перевагою є наближеність допомоги: офіцери з психічного здоров’я працюють у підрозділах, діє цілодобова гаряча лінія [54; 95]. Водночас аудит реформи «Нефеш ахат» показав, що 74–80% опитаних не знали або лише частково знали про належні їм послуги, а середня оцінка задоволеності становила 53 бали зі 100 [93], тобто наявність послуг ще не гарантує їх використання;

3) за критерієм *комплексності* реформа охоплює психологічний, професійно-трудовий і житловий компоненти, а зміни 2026 року додають сімейний [51; 93]. Проте передбачене використовується слабо: бюджет допомоги при посттравматичному розладі освоєно приблизно на 14%, а послугами, на які мають право особи з цим розладом, скористалися на 28% передбаченої суми [93], що вказує на недовикористання наявних ресурсів;

4) за критерієм *скоординованості* Ізраїль має структурну перевагу над США: реабілітацію, супровід звільнених і підтримку резервістів зосереджено в одному міністерстві. Проте й тут зафіксовано розриви на стиках. Армія та Національний інститут страхування не мають спільного механізму обміну даними про резервістів [49], обмін даними Відділу реабілітації з іншими відомствами здебільшого не налагоджено [93], а фінансування центрів

стійкості не закріплено в базовому бюджеті Міністерства охорони здоров’я [82], що ставить під загрозу їхню сталу роботу;

5) за критерієм *результативності* для людини та сім’ї важливо, що держава сама вимірює результати. Державний контролер проводить незалежний аудит і опитує отримувачів послуг [93], а Медичний корпус відстежує динаміку симптомів у пацієнтів центру «Таацумот»: вони знижуються на початку лікування й частково повертаються згодом [85]. За даними армії, до служби повертається близько 65% пацієнтів центру, хоча резервісти сумніваються, що цей показник відображає загальну картину [54]. Навантаження при цьому зростає: на липень 2026 року до системи реабілітації від початку війни увійшло понад 26 тис. осіб, і близько 65% із них отримують допомогу у зв’язку з психологічними травмами [51], що потребує нарощування кадрових і фінансових ресурсів.

Таблиця 2.2. Оцінка ізраїльської системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців за критеріями дієвості

Критерій	Як реалізовано
Безперервність	Ступенева допомога від підрозділу до центру «Таацумот»; допомога пораненим до рішення медичної комісії
Доступність	Офіцери з психічного здоров’я в підрозділах; цілодобова гаряча лінія; підрозділ для звільнених
Комплексність	Психологічний, професійно-трудовий, житловий компоненти; із 2026 року ширша підтримка сімей
Скоординованість	Одне міністерство відповідає за реабілітацію, звільнених і резервістів
Результативність для людини та сім’ї	Аудит Державного контролера; моніторинг симптомів і повернення до служби

Джерело: складено автором на основі [49; 51; 54; 73; 82; 85; 93; 95].

Отже, ізраїльську практику соціально-психологічної реабілітації вирізняють наближеність допомоги до підрозділу, збереження зв’язку військовослужбовця з побратимами та громадою, зосередження відповідальності в одному міністерстві й готовність швидко змінювати правила під тиском війни. Її слабкі місця лежать там само, де й в американській системі, – на переході від служби до цивільного життя: визнання травми триває довго, про належну допомогу знають не всі, а резервіст після призову часто залишається без супроводу. Досвід реформи «Нефеш ахат» показує також, що виділені кошти й ухвалені рішення самі не гарантують результату, якщо людина не дізнається про свої права.

2.3. Порівняльний аналіз моделей реабілітації США та Ізраїлю

Порівняння американської та ізраїльської систем соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців проведено за п’ятьма критеріями дієвості, обґрунтованими в підрозділі 1.2, і на матеріалі підрозділів 2.1 та 2.2. Його мета – не визначити кращу систему, а з’ясувати, які рішення є спільними для обох країн, а які зумовлені особливостями комплектування армії та устрою держави. Саме це розмежування потрібне, щоб відібрати практики, придатні для адаптації в Україні.

Розпочнемо зі *спільних* рис. Обидві країни нормативно охоплюють увесь шлях військовослужбовця – від підтримки під час служби до супроводу в цивільному житті – і будують допомогу ступенево: від немедичної підтримки в підрозділі чи громаді до спеціалізованого лікування. В обох країнах програми перевіряє незалежний орган державного аудиту, який оприлюднює результати: Рахункова палата США [60; 84] і Державний контролер Ізраїлю [49; 93]. Завдяки цьому слабкі місця обох систем задокументовані офіційно.

Спільним є й головне слабке місце – перехід від служби до цивільного життя. У США вчасно, за рік до звільнення, підготовку до переходу розпочинали лише 25% військовослужбовців [84]; в Ізраїлі визнання травми до війни тривало в середньому від 180 до 256 днів [93]. Обидві країни

показують також, що ухвалені норми й виділені кошти не дорівнюють отриманій допомозі. В Ізраїлі бюджет допомоги при посттравматичному стресовому розладі було освоєно приблизно на 14%, а 74–80% опитаних не знали або лише частково знали про належні їм послуги [93]. У США майже чверть тих, кому підтримка під час переходу потрібна найбільше, не відвідала обов’язкових занять [84], а отже, саме перехідний період потребує найбільшої уваги.

Перейдемо до *відмінностей*. Найпомітніша відмінність стосується організації й пов’язана з критерієм скоординованості. У США відповідальність поділено між Міністерством оборони та Департаментом у справах ветеранів, тому людину доводиться передавати з однієї системи до іншої, а спільні заходи узгоджує міжвідомчий комітет [60]. В Ізраїлі реабілітацію, супровід звільнених і підтримку резервістів зосереджено в Міністерстві оборони [92], проте й тут бракує обміну даними з цивільними відомствами, зокрема з Національним інститутом страхування [49; 93]. Отже, єдине відомство спрощує координацію, але не знімає проблеми стиків повністю.

По-різному вирішено й те, як держава забезпечує безперервність під час переходу. США побудували окремі механізми ініціативного супроводу: обов’язкову програму підготовки до звільнення [84], особисту передачу тих, хто отримує психологічну допомогу [55], і три дзвінки ветеранові впродовж першого року [86]. Дієвість особистої передачі підтверджена даними: з нею допомогу приймають 94% осіб, без неї – близько 10% [55]. В Ізраїлі безперервність забезпечується передусім усередині армії, де допомога починається в підрозділі [85], а звільнених підтримують здебільшого через освіту й працевлаштування впродовж п’яти років [92]. Аналога ініціативного психологічного супроводу після звільнення, що особливо помітно щодо резервістів, які становлять 66% поранених у нинішній війні [73], в проаналізованих ізраїльських джерелах не виявлено.

Різниться і місце, де надається допомога, що відбиває різне розуміння доступності й опори на спільноту. У США ветеран має окремий соціальний статус, і для нього створено окрему інфраструктуру в громаді: мережу ветеранських центрів [94] і гранти місцевим організаціям [58]. В Ізраїлі військовослужбовець і резервіст лишаються членами своєї громади, тому громадський рівень представлений центрами стійкості для всього населення [82], а спеціалізована допомога наближена до підрозділу [85] й скерована на збереження зв’язку з побратимами.

Нарешті, країни по-різному підходять до вимірювання результатів для людини та сім’ї. У США накопичено багаторічні відкриті дані про віддалені наслідки служби, що дає змогу відстежувати, наприклад, динаміку самогубств серед понад 2,5 млн ветеранів [68]. Ізраїльські дані ближчі до клінічної практики й охоплюють коротший період: динаміку симптомів у пацієнтів військового центру [85] та опитування задоволеності отримувачів послуг [93]. Сімейних показників, передбачених цим критерієм, у проаналізованих офіційних джерелах обох країн ми не виявили. Отже, в обох країнах результат реабілітації оцінюють переважно за клінічними показниками, тоді як зміни у функціонуванні сім’ї та участі ветерана в житті громади поки лишаються поза системним моніторингом.

Таблиця 2.3 Порівняння систем соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців США та Ізраїлю за критеріями дієвості

Критерій	США	Ізраїль
Безперервність	Окремі механізми переходу: підготовка за рік до звільнення, особиста передача, дзвінки в перший рік; вчасно підготовку починають 25%	Ступенева допомога всередині армії; після служби – тривале визнання травми і слабкий супровід резервістів
Доступність	Конфіденційні немедичні консультації; мережа ветеранських центрів у громадах	Фахівці в підрозділах, гаряча лінія; низька обізнаність про належні

Критерій	США	Ізраїль
		послуги
Комплексність	Представлено всі чотири компоненти, зокрема сімейний	Переважають психологічний і професійно-трудовий; сімейний розширюють із 2026 року
Скоординованість	Два відомства й міжвідомчий комітет; розриви під час передачі людини	Одне міністерство; бракує обміну даними з цивільними відомствами
Результативність для людини та сім’ї	Багаторічні відкриті дані про віддалені наслідки; незалежний аудит	Клінічний моніторинг і опитування задоволеності; незалежний аудит

Джерело: складено автором на основі підрозділів 2.1 і 2.2.

Отже, США та Ізраїль реалізують дві різні моделі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. Американську пропонуємо визначити як міжвідомчу модель керованого переходу: держава визнає розрив між військовою та цивільною системами й долає його спеціальними програмами передачі людини та окремою ветеранською інфраструктурою в громаді. Ізраїльську – як інтегровану модель наближеної допомоги: відповідальність зосереджено в одному міністерстві, допомога починається в підрозділі, а військовослужбовець не виходить зі своєї громади. Кожна модель сильна там, де інша слабка: США мають розвинені інструменти переходу й довготривалого супроводу, але втрачають людей на стику відомств; Ізраїль забезпечує швидку й близьку допомогу під час служби, але слабше супроводжує людину після неї. Спільний досвід обох країн зводиться до того, що вирішальним є не перелік послуг, а те, чи дійшла допомога до конкретної людини в момент переходу. Для України, де поєднано масову мобілізацію з окремим ветеранським відомством, це означає потребу поєднати ізраїльську наближеність допомоги з американськими механізмами переходу.

Висновки до розділу 2.

Отже, проаналізовано державні системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців США та Ізраїлю за п’ятьма критеріями дієвості на основі законів, відомчих інструкцій і звітів органів незалежного державного аудиту.

Американська система охоплює всі етапи супроводу, але поділ відповідальності між двома відомствами змусив державу створити спеціальні механізми переходу. Її сильні сторони – конфіденційні немедичні канали допомоги, мережа ветеранських центрів у громадах і відкриті дані про результати; слабка – втрата людей на стику відомств. Ізраїльська система зосереджує відповідальність в одному міністерстві й починає допомогу в підрозділі, не відриваючи військовослужбовця від громади, проте слабше супроводжує після служби, особливо резервістів.

Це дало підстави виокремити дві моделі: міжвідомчу модель керованого переходу (США) та інтегровану модель наближеної допомоги (Ізраїль). Головна проблема в них спільна – перехід від служби до цивільного життя, а дієвість реабілітації визначає не перелік послуг і не обсяг фінансування, а те, чи дійшла допомога до конкретної людини.

РОЗДІЛ 3. СТАН РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

3.1. Сучасний стан державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовцям в Україні

Аналіз української системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців доцільно розпочати з масштабу потреби, якому вона має відповідати. За даними Міністерства у справах ветеранів, станом на 1 березня 2026 року до Єдиного державного реєстру ветеранів війни внесено інформацію про 1 761 405 осіб [15], а станом на липень 2026 року – вже близько 1,9 млн; при цьому кількість ветеранів, які фактично повернулися до цивільного життя, та їхні потреби у формальному порядку не обліковуються [18]. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини оцінює чисельність ветеранів у понад 2 млн осіб і прогнозує її зростання до 5–6,5 млн після завершення війни [14]. Клінічна картина також свідчить про високу потребу: серед 590 військовослужбовців Збройних Сил України, які перебували в госпіталях і реабілітаційних центрах, посттравматичний стресовий розлад або його комплексну форму діагностовано у 67,4% [57, с. 133], тож ідеться не про поодинокі випадки, а про масове явище.

На відміну від США та Ізраїлю, українська система формується не після завершення бойових дій, а під час повномасштабної війни. Це зумовлює дві її визначальні особливості. По-перше, значна частина тих, хто потребує реабілітації, залишається на службі, тому відновлення має відбуватися і в військовому, і в цивільному контурах. По-друге, нормативна база, інституції та програми створюються паралельно з їх застосуванням, що пояснює високу динаміку змін і незавершеність багатьох рішень. Розглянемо стан системи послідовно: нормативно-правові засади, інституційну структуру, програми та послуги на кожному з етапів, визначених у підрозділі 1.1, а також проблеми, зафіксовані органами державного контролю й незалежними дослідженнями.

Нормативно-правові засади соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні мають багаторівневий характер і охоплюють закони, стратегічні документи та підзаконні акти.

На рівні законів базовим залишається Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» 1993 року [37]. Він визначає статуси, пільги та гарантії, проте сформований у логіці компенсаторно-пільгової моделі й не містить цілісного механізму супроводу переходу людини від служби до цивільного життя. Право військовослужбовців на соціальну та професійну адаптацію закріплює Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [36], а медичну складову, зокрема реабілітацію мультидисциплінарними командами, – Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» [34], тобто різні складники реабілітації регулюють різні закони.

Принципово новим етапом стало ухвалення Закону України «Про систему охорони психічного здоров’я в Україні» від 15 січня 2025 року № 4223-IX, який введено в дію 7 лютого 2026 року [35]. Закон ґрунтується на принципах ВООЗ і ЄС, розглядає психічне здоров’я як міжсекторальне завдання всіх сфер державної політики й запроваджує вимоги до освіти та сертифікації психологів і психотерапевтів. Для системи реабілітації військовослужбовців це означає перехід від відомчих рішень до загальнонаціональних стандартів якості психологічної допомоги. На розвиток закону постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2025 року № 1604 [29] затверджено порядок надання послуг у сфері психічного здоров’я з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, що дозволяє дистанційно надавати психосоціальну підтримку, консультування, психотерапію та психологічну реабілітацію.

Систему повернення з військової служби до цивільного життя на рівні закону вперше закріплено Законом України від 11 березня 2025 року № 4285-IX, яким внесено зміни до Закону України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» [16; 32]. Водночас аналітики зазначають, що цей закон

лише визначає пріоритети, а саму систему, яка супроводжувала б військовослужбовця від підготовки до звільнення до завершення реінтеграції, ще має бути врегульовано окремим законодавчим актом [63]. Професійно-трудовий компонент підсилено Законом України «Про ветеранське підприємництво» [31] від 31 липня 2025 року № 4563-IX.

Стратегічний рівень утворюють два документи, схвалені наприкінці 2024 року. Стратегія ветеранської політики на період до 2030 року з операційним планом на 2024–2027 роки визначає загальні цілі державної політики щодо ветеранів і членів їхніх сімей [38]. Стратегія формування системи повернення з військової служби до цивільного життя на період до 2033 року задає логіку переходу [39]; її операційний план у редакції розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2025 року № 1341-р містить 34 заходи, спрямовані передусім на створення умов для запровадження системи повернення та забезпечення її функціонування [13]. Програмно-цільовий інструмент уперше застосовано у сфері зайнятості: розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2026 року № 154-р затверджено Державну цільову програму «Ветеран. Робота» на 2026–2027 роки [33]. У військовому секторі власний стратегічний документ має Міністерство оборони: наказом від 8 жовтня 2025 року № 668/нм [22] затверджено Основні засади збереження психічного здоров’я особового складу з операційним планом на 2025–2027 роки та стратегічними цілями до 2030 року.

Найдетальніше механізми реабілітації врегульовано підзаконними актами. Ключовими з них є:

1) постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 року № 1338 [10], яка запровадила трирівневу систему безоплатної психологічної допомоги ветеранам війни, членам їхніх сімей та військовослужбовцям, які брали участь у відсічі збройної агресії, на період воєнного стану та три місяці після його завершення;

2) постанова Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 року № 881 [9], що врегулювала діяльність фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб у територіальних громадах;

3) постанова Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2024 року № 948 [8], якою запроваджено служби супроводу у військових частинах, органах військового управління та навчальних центрах;

4) наказ Міністерства оборони України від 11 листопада 2025 року № 768 [21], який затвердив Порядок організації психологічної допомоги військовослужбовцям;

5) Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей [3] і порядок створення та функціонування ветеранських просторів [1], затверджений у листопаді 2025 року.

Нормативна база активно розвивається, однак її становлення не завершене. Урядовий проєкт Кодексу України про захист державності, незалежності та статус захисників держави (реєстр. № 14265), що мав кодифікувати ветеранське законодавство, 16 липня 2026 року відкликано [41]; Міністерство у справах ветеранів повідомило про доопрацювання нового проєкту з урахуванням пропозицій ветеранської спільноти [40]. Дослідницька служба Верховної Ради України констатує, що часті зміни та великий масив підзаконних актів позбавляють законодавство в цій сфері ознак системності та стабільності, а окремі нові законопроєкти, зокрема «Про післявоєнну адаптацію ветеранів як систему» (реєстр. № 15241), мають переважно декларативний характер [16]. Узагальнення нормативних засад подано Додатку 1.

Інституційна структура системи має двоконтурний характер. Військовий контур очолює Міністерство оборони України, у структурі якого діє Управління психологічного забезпечення, а в Збройних Силах – структури психологічної підтримки та служби супроводу у військових частинах [8; 22]. Цивільний контур координує Міністерство у справах ветеранів, яке формує

ветеранську політику, веде реєстр ветеранів, реєстр суб’єктів надання психологічної допомоги та відшкодовує вартість їхніх послуг, а також забезпечує діяльність фахівців із супроводу й мережі ветеранських просторів [9–11]. Медичну та реабілітаційну складові забезпечують Міністерство охорони здоров’я і Національна служба здоров’я України, соціальні послуги – Міністерство соціальної політики та органи місцевого самоврядування. Помітну роль відіграє недержавний сектор: так, мережа центрів ментального здоров’я «Повернення», створена благодійниками на базі державних медичних закладів, налічує 16 центрів, кожен із яких розрахований приблизно на 350 військових, ветеранів і членів їхніх родин на рік [23]. Загальне середовище формує Всеукраїнська програма ментального здоров’я «Ти як?», за даними якої частка українців, які звертаються до психологів або психотерапевтів, зросла з 7% у 2022 році до 17% у 2025 році, а частка тих, хто категорично не планує звертатися, зменшилася з 46% до 22% [4], що свідчить про поступове подолання стигми.

Інституційна модель продовжує змінюватися. У вересні 2026 року Міністерство у справах ветеранів оголосило про намір об’єднати близько 2 600 фахівців із супроводу в державне підприємство «Державна служба супроводу ветеранів» із єдиними стандартами роботи. Заявлено перехід від інформаційної до сервісної моделі: фахівець має сам виходити на зв’язок із ветераном і вести його звернення між відомствами до вирішення, єдиною точкою входу мають стати до 140 державних ветеранських просторів, а типові інформаційні запити – опрацьовувати кол-центр [6]. Строки, бюджет і правову основу цієї реформи на момент дослідження не визначено.

Розглянемо, які програми й послуги діють на кожному з чотирьох етапів реабілітації.

Перший етап – підтримка під час служби. Наказ Міністерства оборони № 768 уніфікував форми психологічної допомоги військовослужбовцям: кризові психологічні втручання (дебрифінг), діагностику, консультування, відновлення (декомпресію), корекцію, а також психосоціальну допомогу –

само- та взаємодопомогу, групи підтримки за принципом «рівний – рівному» й психологічну просвіту. Допомогу надають у пунктах постійної дислокації, районах ведення бойових дій і відновлення боєздатності, медичних підрозділах, закладах охорони здоров’я та реабілітації; вона є добровільною та конфіденційною, а командирів зобов’язано ухвалювати управлінські рішення в разі ознак дезадаптації. Головною новацією стало залучення цивільних психологів, внесених до реєстру Міністерства у справах ветеранів [21]. Основні засади збереження психічного здоров’я визначають кадрові цілі: укомплектувати військовими психологами з відповідною освітою не менше 50% посад до кінця 2026 року і 70% – до кінця 2027 року, збільшити державне замовлення на їх підготовку на 25%, навчити фахівців методу EMDR, а військових лікарів – за програмою ВООЗ mhGAP, запровадити кризовий чат і платформу онлайн-підтримки в застосунку «Армія+» [22]. Сама постановка таких цілей засвідчує, що станом на 2025 рік значна частина посад психологів у військах була не укомплектована кваліфікованими фахівцями.

Соціальні питання військовослужбовців і їхніх сімей вирішують служби супроводу, створені постановою № 948: вони супроводжують поранених, зокрема під час проходження військово-лікарських комісій, підтримують зв’язок із їхніми родинами, допомагають сім’ям загиблих, зниклих безвісти та полонених [8]. Отже, у військовому контурі вже існує ланка, функціонально подібна до цивільних фахівців із супроводу, однак її повноваження завершуються зі звільненням людини зі служби.

Другий етап – декомпресія та відновлення після виходу з бойових дій. У 2024 році Міністерство оборони розпочало пілотний проєкт комплексної реабілітації: пакет психологічного відновлення тривалістю 14 днів передбачає можливість проходити його разом із родиною, а з військовослужбовцями працюють військові та цивільні психологи [20]. У межах проєкту «Центри відновлення та здоров’я» заплановано мережу міжрегіональних військово-медичних центрів реабілітації та ментального здоров’я, чотири з яких мали одночасно приймати до 1 730 осіб [5]. Основні засади передбачають також

створення відділень (кабінетів) відновлення психічного здоров’я в закладах охорони здоров’я Міністерства оборони та окремі заходи реінтеграції звільнених із полону [22], що розширює мережу відновлення у військовому контурі.

Третій етап – реабілітація. Центральним цивільним механізмом залишається трирівнева система психологічної допомоги за постановою № 1338. Перший рівень становить соціально-психологічна підтримка (інформування, адаптація, консультування), яку надають фахівці соціальної сфери й фахівці із супроводу; другий – професійна психологічна допомога кваліфікованих психологів; третій – комплексна медико-психологічна допомога мультидисциплінарних команд у ліцензованих закладах. Послуги надаються стаціонарно, амбулаторно або дистанційно, а Міністерство у справах ветеранів відшкодовує вартість допомоги другого й третього рівнів [11]. 2024 року механізм поширено на чинних військовослужбовців: органи, що керують військовими формуваннями, отримали право самостійно затверджувати порядки направлення особового складу до надавачів послуг, а відшкодування стало доступним для закладів будь-якої форми власності, зокрема фізичних осіб – підприємців [47]. Водночас станом на 4 травня 2026 року до реєстру надавачів внесено лише 293 фахівці [11], а саме міністерство серед проблем називає обмежену географію надавачів, особливо у віддалених громадах, і стигму щодо звернення по допомогу.

Медичну ланку реабілітації доповнюють розширені послуги первинної медичної допомоги: у 2025 році ними, зокрема поглибленою діагностикою станів, пов’язаних із наслідками бойових дій, психологічною підтримкою та соціальним супроводом, скористалися понад 20 тис. ветеранів [26]. З 2025–2026 років Міністерство у справах ветеранів реалізує експериментальні проєкти для окремих груп: супровід ветеранів із функціональними обмеженнями (21-денний цикл за участі членів родини; станом на травень 2026 року послуги отримали 72 особи) і допомогу ветеранам із розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (групова програма тривалістю

близько 340 днів, розрахована на 200 осіб) [11]. Ці проєкти вперше поєднують психологічну, медичну й сімейну складові в одному маршруті, однак їхній масштаб поки що незначний.

Четвертий етап – реінтеграція та тривалий супровід у громаді. Основною ланкою цього етапу є фахівці із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб. Наприкінці 2025 року в 1 114 територіальних громадах працювали 2 323 фахівці, 40% з них – ветерани або члени родин ветеранів чи загиблих захисників; станом на лютий 2026 року під супроводом перебувало майже 140 тис. ветеранів і членів їхніх сімей [15]. У червні 2026 року в громадах працювало понад 2 600 фахівців і ще понад 440 – у закладах охорони здоров’я; для ведення випадків створено платформу «ОСКАР», а знайти фахівця можна через розділ «Ветеран PRO» застосунку «Дія» [19], що спрощує перший контакт ветерана із системою.

Соціально-психологічну реабілітацію в громаді підтримує послуга соціальної адаптації ветеранів і членів їхніх сімей. Її перший етап – соціальне відновлення тривалістю 7–14 днів у рекреаційному закладі з груповими та індивідуальними заходами для всієї родини, другий – індивідуальна адаптація до 6 місяців із можливістю продовження до 12 [3; 15]. Послугу пілотовано в Полтавській, Черкаській і Вінницькій областях [3], а станом на 2026 рік програми соціальної адаптації реалізуються в семи областях [15]. Інфраструктурною основою громадського рівня мають стати ветеранські простори: у листопаді 2025 року затверджено єдиний стандарт їх роботи, управління мережею покладено на державне некомерційне товариство «Державний ветеранський простір» [1], що має забезпечити однакову якість послуг у різних громадах.

Професійно-трудовий компонент реалізується через програму «Ветеран. Робота», підтримку ветеранського підприємництва та державні гарантії для ветеранів у трудових відносинах. За даними уряду, понад 50% ветеранів, які стали до праці, повернулися на попередні робочі місця, близько 12 тис.

працюють як фізичні особи – підприємці, а понад 30 тис. отримали нову роботу [46]. Структура програм і послуг за етапами – в табл. 6.

Таблиця 3.1. Державні програми та послуги соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні за етапами

Етап	Програми та послуги	Відповідальні суб’єкти
Підтримка під час служби	Психологічна допомога за наказом МОУ № 768; служби супроводу; цілі укомплектування психологами	Міністерство оборони, командири, служби супроводу
Декомпресія та відновлення	14-денний пакет психологічного відновлення з родиною; центри відновлення та здоров’я	Міністерство оборони, військово-медичні заклади
Реабілітація	Трирівнева психологічна допомога (№ 1338); розширена первинна допомога; експериментальні проєкти	Мінветеранів, МОЗ, НСЗУ, надавачі з реєстру
Реінтеграція та супровід у громаді	Фахівці із супроводу; соціальна адаптація; ветеранські простори; «Ветеран. Робота»	Мінветеранів, Мінсоцполітики, органи місцевого самоврядування, громадські організації

Джерело: складено автором на основі [1; 3; 5; 8; 10; 11; 15; 19–22; 26; 46; 48].

Зв’язок між військовим і цивільним контурами – тобто передача людини від служби супроводу військової частини до фахівця із супроводу в громаді – нормативно поки що не врегульований. Міністерство у справах ветеранів і Міністерство оборони розробили проєкт спільного наказу про порядок взаємодії фахівців із супроводу та служб супроводу, метою якого визначено безперервний супровід особи під час служби, лікування, реабілітації, звільнення, соціальної й професійної адаптації та повторного призову [28].

Сам факт розроблення такого документа в 2026 році свідчить, що механізм передачі на момент дослідження ще не діє як обов’язкова процедура.

Діяльність системи на практиці дозволяють оцінити результати державного аудиту та моніторингу. Рахункова палата у звіті, затвердженому 28 травня 2026 року, дійшла висновку, що впровадження інституту фахівця із супроводу в 2023–2025 роках лише частково відповідало встановленим вимогам, а масштабування випереджало готовність системи [12]. Аудит зафіксував таке:

1) розрив між планами й набором кадрів: у 2024 році план передбачав понад 10 тис. фахівців, а прийнято на роботу 485 (5%); план на 2025 рік скорочено з 11,4 тис. до 3 тис. осіб;

2) низьке використання коштів: 84% субвенції (5,7 млрд грн) перерозподілено, а використано лише 16,5% коштів у 2024 році та 28,8% – у січні–вересні 2025 року;

3) нерівномірне охоплення: станом на 1 жовтня 2025 року в 287 з 1 439 громад (20%) не створено жодної посади; за нормативу до 100 ветеранів на одного фахівця окремі фахівці мали до 361 звернення;

4) відсутність системи вимірювання результатів: не затверджено ключових показників ефективності та критеріїв якості, дані про кількість звернень різняться залежно від джерела, а безпосередньо через платформу «е-Ветеран» подано лише 1,5% звернень;

5) обмеженість ведення випадку: фахівці, які працюють у закладах охорони здоров’я, не можуть відкривати звернення, складати індивідуальні плани та здійснювати тривалий супровід; міністерство не має даних про військовослужбовців, які перебувають на службі й мають відповідні статуси [12], що унеможливлює планування підтримки ще до звільнення.

Моніторинг Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини підтверджує нерівномірність доступу до послуг. За його даними, центри психологічної допомоги ветеранам створено лише у 18% територіальних громад, а додаткові медичні та реабілітаційні послуги доступні у 20%; понад

половина з понад тисячі опитаних ветеранів вважають, що держава не захищає їхніх прав, а кількість звернень до омбудсмана зростає – понад 1 900 за вісім місяців 2026 року проти трохи більше 2 000 за весь 2025 рік [14]. За результатами 119 моніторингових візитів у 13 областях у 2023–2026 роках зроблено висновок про суттєвий розрив між рішеннями на державному рівні та їх реалізацією на місцях [17]. Дослідження окремих груп ветеранів [65] показують ту саму тенденцію: кожен п’ятий опитаний ветеран із втратою кінцівок потребує психологічної допомоги, але не має до неї доступу.

Оцінимо діяльність за визначеними раніше критеріями (див. табл. 7):

1) за критерієм *безперервності* українська система нормативно охоплює всі чотири етапи: психологічну допомогу під час служби, декомпресію та відновлення, реабілітацію за постановою № 1338, яка поширюється і на чинних військовослужбовців, а також супровід у громаді (табл. 6). Проте найвразливіший перехід – від військових до цивільних інституцій – залишається неврегульованим. Повноваження служб супроводу у військових частинах завершуються зі звільненням людини [8], порядок її передачі фахівцеві із супроводу існує лише як проєкт [28], а Міністерство у справах ветеранів не має даних про військовослужбовців, які перебувають на службі й мають відповідні статуси [12]. В Україні немає обов’язкової підготовки до звільнення, яка розпочиналася б заздалегідь, а законодавчо визначеної системи, що супроводжувала б людину від підготовки до звільнення до завершення реінтеграції, поки не створено [63]. Ініціативний вихід держави на ветерана лише заплановано в межах Державної служби супроводу ветеранів [6]; натомість чинний механізм розраховано на звернення самої людини, хоча через платформу «е-Ветеран» безпосередньо подано лише 1,5% звернень [12]. Строк до першого контакту з особою після звільнення не встановлено й не вимірюється. Окремим ризиком є те, що право військовослужбовців на психологічну допомогу за постановою № 1338 обмежене періодом воєнного стану та трьома місяцями після його завершення [10], тобто саме на час масової демобілізації воно може припинитися. Отже, за цим критерієм Україна

має ізраїльську рису – допомогу в підрозділі, – але не має американських механізмів передачі людини між відомствами;

2) за критерієм *доступності* сильними сторонами є безоплатність послуг усіх трьох рівнів, відшкодування вартості допомоги надавачам будь-якої форми власності [11; 47], можливість дистанційного надання послуг [29], залучення цивільних психологів до допомоги військовослужбовцям [21] і пошук фахівця із супроводу через застосунок «Дія» [19]. Сприятливим чинником є й поступове зниження стигми в суспільстві [4]. Водночас реальна доступність обмежена. До реєстру надавачів психологічної допомоги, вартість якої відшкодовує держава, внесено 293 фахівці [11], тоді як у реєстрі ветеранів – близько 1,9 млн осіб [18], тобто орієнтовно один надавач на 6,5 тис. ветеранів (без урахування членів сімей і закладів охорони здоров’я). Центри психологічної допомоги ветеранам діють лише у 18% громад, додаткові реабілітаційні послуги – у 20% [14], у кожній п’ятій громаді не створено посади фахівця із супроводу, а навантаження на окремих фахівців у кілька разів перевищує норматив [12]. У війську ціль укомплектувати кваліфікованими психологами хоча б половину посад поставлено лише на кінець 2026 року [22]. Показники охоплення тих, хто має право на допомогу, часу очікування та частки тих, хто завершив програму, держава не оприлюднює;

3) за критерієм *комплексності* нормативно представлено всі чотири компоненти. Психологічний є найрозвиненішим. Сімейний закладено в право членів сімей на психологічну допомогу [10], у 14-денне відновлення разом із родиною [20], у послугу соціальної адаптації для всієї сім’ї [3; 15] та в експериментальні проєкти [11]; утім саме міністерство визнає недостатній рівень психологічної підтримки членів сімей ветеранів, а окремі програми для подружжя поки лише плануються [11]. Соціально-громадський компонент представлено групами «рівний – рівному» у війську [21], тим, що 40–45% фахівців із супроводу є ветеранами або членами їхніх родин [15; 19], і ветеранськими просторами, які лише будуються [48]. За даними дослідження

Соціологічної групи «Рейтинг», Міжнародної організації з міграції та Міністерства у справах ветеранів, ветерани та члени їхніх родин оцінили готовність громад до повернення ветеранів у 3,1 бала з 5, підтримку з боку місцевої влади – у 2,7, а державну ветеранську політику – у 2,6 бала [7], що свідчить про незавершеність взаємної адаптації ветерана й середовища. Професійно-трудовий компонент підкріплено цільовою програмою [33] та законом про ветеранське підприємництво [31]. Головна вада полягає в тому, що компоненти розподілено між програмами різних відомств і не зведено в єдиний маршрут: індивідуальний маршрут відновлення для кожного ветерана поки що задекларовано як мету [19], а не як чинний механізм;

4) за критерієм *скоординованості* Україна поєднує американську й ізраїльську проблеми: відповідальність поділено між Міністерством оборони та Міністерством у справах ветеранів, а також МОЗ, Мінсоцполітики та громадами. Відповідальний за ведення випадку на рівні громади визначений – це фахівець із супроводу [9], однак у закладах охорони здоров’я такі фахівці не можуть вести випадок, порядок взаємодії з військовими службами супроводу не затверджено [12; 28], дані про звернення різняться залежно від джерела, а ключових показників ефективності не затверджено [12]. Нормативна база змінюється надто часто, а кодифікація не завершена [16; 41]. Позитивною рисою, спільною з США та Ізраїлем, є незалежний зовнішній контроль: аудит Рахункової палати [12] і моніторинг Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [14; 17] оприлюднюються й фіксують слабкі місця системи. Реакцією на виявлені розриви є задум Державної служби супроводу ветеранів з єдиними стандартами [6], проте її строки й правову основу не визначено;

5) за критерієм *результативності* для людини та сім’ї держава вимірює переважно обсяги діяльності – кількість фахівців, звернень і заходів. У Програмі діяльності Уряду на 2026 рік до таких показників додано лише один, близький до результату, – рівень задоволеності роботою фахівців із супроводу не нижче 86%, проте без стандартизованого інструменту й без оприлюднених

даних [24]. Стандартизованих інструментів оцінювання реінтеграції та функціонування (M2C-Q, WHODAS 2.0, PTGI), повторних вимірювань до та після участі в програмі, а також сімейних показників у проаналізованих офіційних джерелах не виявлено. Окремі соціальні показники все ж оприлюднюються: понад 50% працевлаштованих ветеранів повернулися на попередні робочі місця, понад 30 тис. знайшли нову роботу [46]. Незалежні опитування дають тривожний сигнал: понад половина ветеранів вважає, що держава не захищає їхніх прав [14]. Втім, оскільки кількість ветеранів, які повернулися до цивільного життя, та їхні потреби не обліковуються [18], оцінити результат державних програм для людини наразі неможливо.

Таблиця 3.2. Оцінка української системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців за критеріями дієвості

Критерій	Як реалізовано	Основні прогалини
Безперервність	Програми на всіх чотирьох етапах; психологічна допомога за № 1338 охоплює і чинних військовослужбовців	Порядок передачі від служби супроводу до фахівця в громаді – лише проєкт; немає підготовки до звільнення; ініціативний вихід на людину лише заплановано
Доступність	Безоплатні послуги трьох рівнів; дистанційний формат; цивільні психологи у війську; «Ветеран PRO» в «Дії»	293 надавачі в реєстрі; центри психологічної допомоги у 18% громад; 20% громад без фахівців
Комплексність	Представлено психологічний, сімейний, соціально-громадський і професійно-трудовий компоненти	Компоненти розпорошені між відомствами; слабка підтримка сімей; ветеранські простори будуються
Скоординованість	Фахівець із супроводу як відповідальний у громаді; незалежний аудит і	Два контури без затвердженої взаємодії; немає ключових показників; розбіжності даних

	моніторинг омбудсмана	
Результативність для людини та сім’ї	Показники обсягу послуг; ціль задоволеності 86%; окремі дані про зайнятість	Стандартизовані інструменти й сімейні показники не застосовуються; потреби та результати не обліковуються

Джерело: складено автором на основі [6–12; 14; 15; 18–22; 24; 28; 33; 46; 63].

Отже, сучасний стан державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні характеризується швидким нормотворенням і розбудовою інституцій в умовах триваючої війни. За 2022–2026 роки сформовано стратегічну рамку ветеранської політики й повернення до цивільного життя, ухвалено закон про систему охорони психічного здоров’я, запроваджено трирівневу психологічну допомогу, служби супроводу у військах, фахівців із супроводу в громадах, державний стандарт соціальної адаптації та мережу ветеранських просторів. Оцінювання за критеріями дієвості показало, що найкраще в українській системі реалізовано комплексність на рівні норм і безоплатність послуг, а також наявність незалежного зовнішнього контролю. Найслабшими є безперервність і результативність: порядок передачі людини з військового контуру до цивільного не затверджено, а результати програм для людини та сім’ї держава не вимірює. Доступність і скоординованість обмежені кадровим дефіцитом, нерівномірністю послуг між громадами та поділом відповідальності між кількома відомствами. Тому українську модель пропонуємо визначити як перехідну двоконтурну модель: військовий і цивільний контури вже мають власні механізми супроводу, але ще не поєднані в єдиний континуум. На відміну від США та Ізраїлю, де слабкі місця виявляються на тлі сталих систем, в Україні ці розриви доводиться долати одночасно з розбудовою самої системи, що визначає пріоритети адаптації зарубіжного досвіду.

3.2. Концептуальна модель міжвідомчого супроводу та практичні рекомендації щодо адаптації досвіду США й Ізраїлю в Україні

Аналіз, проведений у підрозділах 2.3 і 3.1, показав, що головна проблема всіх трьох систем однакова – перехід людини від військової служби до цивільного життя. Водночас Україна стоїть перед нею в особливих умовах: війна триває, частина звільнених може бути призвана повторно, громади самі перебувають під впливом воєнних загроз, а відповідальність поділено між Міністерством оборони та Міністерством у справах ветеранів. Тому механічне перенесення американської чи ізраїльської моделі неможливе. Американську модель керованого переходу розраховано на професійну армію і стабільне мирне суспільство, а ізраїльську модель наближеної допомоги – на одне міністерство, яке відповідає і за службу, і за реабілітацію. Українська перехідна двоконтурна модель потребує поєднання сильних сторін обох підходів: ізраїльської наближеності допомоги під час служби та американських механізмів передачі людини між відомствами.

Оскільки окремі точкові заходи закривають лише поодинокі розриви в супроводі людини, адаптацію зарубіжного досвіду доцільно розпочати з побудови цілісної архітектури міжвідомчої взаємодії. На основі структури реабілітації в чотирьох вимірах, визначеної в підрозділі 1.1, і п’яти критеріїв дієвості з підрозділу 1.2 розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів в Україні (рис. 1). Завдяки такій опорі кожен її елемент можна перевірити за тими самими показниками, що й під час аналізу систем США, Ізраїлю та України. Модель показує, як людина проходить шлях від служби до повноцінного цивільного життя, хто відповідає за кожен етап і як передається відповідальність між військовим, цивільним і сімейно-громадським контурами. Важливо, що вона не потребує створення паралельних інституцій: модель поєднує вже наявні ланки спільними стандартами, планом дій і обміном даними.

Метою моделі є безперервне повернення людини до повноцінного функціонування в сім’ї, громаді та професійній діяльності. Методологічну

основу становлять біопсихосоціальний підхід і принципи, обґрунтовані в підрозділі 1.1, серед яких для моделі ключовими є безперервність, наближеність, ступеневість, сімейна орієнтованість і взаємна адаптація.

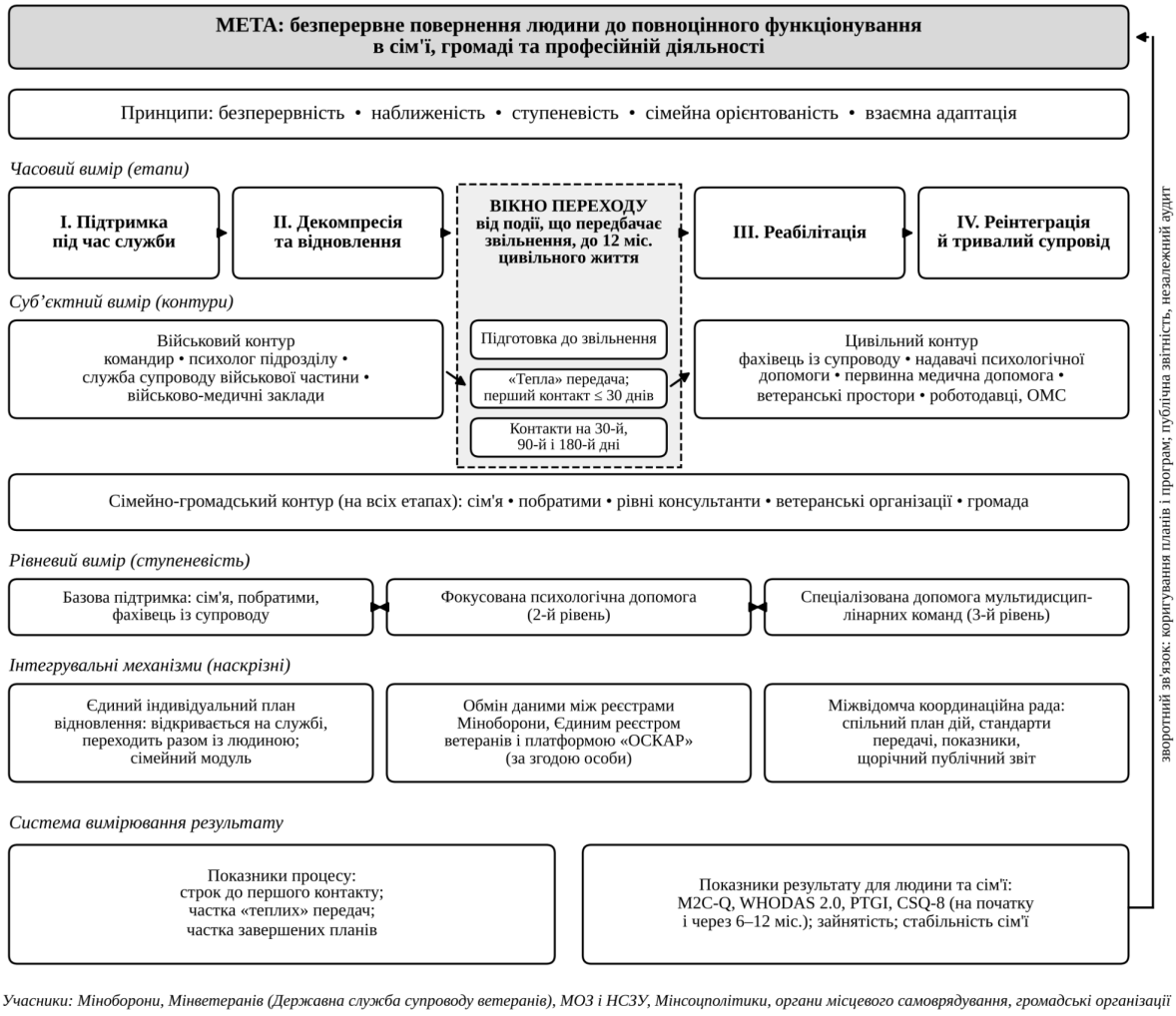

Рис. 1. Концептуальна модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів в Україні

Джерело: розроблено автором.

Структуру моделі утворюють чотири складники:

1) часова вісь – чотири етапи супроводу: підтримка під час служби, декомпресія та відновлення, реабілітація, реінтеграція й тривалий супровід. Між другим і третім етапами виокремлено «вікно переходу», яке триває від події, що передбачає звільнення, до завершення першого року цивільного життя. Саме в цей період людина найбільш вразлива, тому на нього спрямовано основні міжвідомчі механізми;

2) три контури суб’єктів. Військовий контур (командир, психолог підрозділу, служба супроводу військової частини, військово-медичні заклади) відповідає за перші два етапи. Цивільний контур (фахівець із супроводу, надавачі психологічної допомоги, первинна ланка медичної допомоги, ветеранські простори, роботодавці, органи місцевого самоврядування) – за третій і четвертий. Сімейно-громадський контур (сім’я, побратими, рівні консультанти, ветеранські організації) супроводжує людину на всіх етапах і є головним ресурсом відновлення, а не лише отримувачем послуг;

3) інтегрувальні механізми, які поєднують контури: єдиний індивідуальний план відновлення, що відкривається ще на службі й переходить разом із людиною; обов’язкова підготовка до звільнення; «тепла» передача з граничним строком першого контакту; ініціативні контакти протягом першого року; обмін даними за згодою особи; міжвідомча координаційна рада. Ведучим випадку на військовому відрізку є служба супроводу, на цивільному – фахівець із супроводу; у вікні переходу вони працюють спільно;

4) система вимірювання результату, яка охоплює показники процесу (строк до першого контакту, частка «теплих» передач, частка завершених планів) і показники результату для людини та сім’ї (M2C-Q, WHODAS 2.0, PTGI, CSQ-8, зайнятість, стабільність сім’ї). Отримані дані використовуються для зворотного зв’язку: коригування індивідуальних планів і програм, а також для публічної звітності й незалежного аудиту.

Інтенсивність підтримки на кожному етапі визначається за принципом ступеневості: більшість людей отримує базову підтримку через сім’ю, побратимів і фахівця із супроводу, частина – фокусовану психологічну допомогу другого рівня, менша частина – спеціалізовану допомогу мультидисциплінарних команд третього рівня [10; 69]. Перехід між рівнями відбувається за результатами повторного оцінювання, а не залежно від встановлення статусу чи рішення медичної комісії. Цю рису запозичено з

ізраїльської практики, де під час війни лікування та психологічну підтримку пораненим надають одразу, а оцінювання медичною комісією відкладають.

Запропонована модель відрізняється від американської та ізраїльської. Від американської моделі керованого переходу вона запозичує механізми передачі людини між відомствами й ініціативного супроводу, але не відокремлює ветерана від громади, а робить громаду співучасником реабілітації. Від ізраїльської моделі наближеної допомоги вона запозичує допомогу в підрозділі та збереження зв’язку з побратимами, але не потребує зосередження всіх повноважень в одному міністерстві: узгодженість досягається спільними стандартами, планом і даними. Українською особливістю моделі є сімейно-громадський контур і циклічність: супровід не завершується зі звільненням і відновлюється в разі повторного призову, що відповідає умовам триваючої війни.

Для практичної реалізації кожного елемента запропонованої моделі сформульовано систему рекомендацій щодо адаптації зарубіжних практик. Відбір практик здійснено за трьома умовами. По-перше, практика має усувати конкретну прогалину української системи, виявлену під час оцінювання за критеріями дієвості (підрозділ 3.1). По-друге, її дієвість має бути підтверджена даними або незалежним аудитом у країні походження. По-третє, для її запровадження в Україні мають існувати інституційна основа та правові підстави, щоб нововведення не потребувало створення паралельних структур. Рекомендації згруповано за п’ятьма критеріями дієвості.

Перша група рекомендацій стосується безперервності, яку в підрозділі 3.1 визначено як найслабший критерій української системи, і спрямована на наповнення «вікна переходу» моделі. Насамперед доцільно запровадити обов’язкову індивідуалізовану підготовку до звільнення за зразком американської програми TAP. Досвід США показує, що участь у такій програмі сама по собі не гарантує результату: вчасно, за рік до звільнення, її розпочинали лише 25% військовослужбовців [84]. Тому для України важливі саме ті її елементи, які аудит визнав дієвими: самооцінювання та первинне

індивідуальне консультування, віднесення людини до одного з рівнів потреби в підтримці й вибір напряму – працевлаштування, освіти чи власної справи [84]. З огляду на те, що в умовах війни строки звільнення здебільшого не відомі заздалегідь, пропонуємо пов’язати початок підготовки не з датою звільнення, а з подіями, які його передбачають: направленням на військово-лікарську комісію, виходом на пенсію за вислугою, закінченням строку служби чи демобілізацією. Підготовку мають проводити служби супроводу військових частин [8] спільно з фахівцями із супроводу громади, до якої повертатиметься людина.

Другим кроком має стати особиста («тепла») передача людини від служби супроводу військової частини до фахівця із супроводу в громаді. Американська програма inTransition засвідчила вирішальне значення такої передачі: коли надавач послуг сам поєднує військовослужбовця з програмою, допомогу приймають 94% осіб, а без такої передачі – близько 10% [55; 71]. В Україні механізм передачі нині існує лише як проєкт спільного наказу Міністерства у справах ветеранів і Міністерства оборони [28]. Пропонуємо доповнити цей проєкт трьома нормами: 1) обов’язковим спільним (тристороннім) контактом військовослужбовця, представника служби супроводу та фахівця із супроводу до дати звільнення; 2) передачею індивідуального плану відновлення за згодою особи; 3) граничним строком першого контакту фахівця з людиною – не пізніше 30 днів після звільнення. Для тих, хто під час служби отримував психологічну допомогу, передачу слід здійснювати особисто, а не через інформаційне повідомлення.

Третім кроком є ініціативні контакти протягом першого року після звільнення за зразком програми Solid Start, яка передбачає три телефонні дзвінки кожному новому ветеранові незалежно від підстав звільнення [86]. Цю практику доцільно вбудувати в задум Державної служби супроводу ветеранів, яка й так декларує перехід від очікування звернення до ініціативного виходу на людину [6]. Для України пропонуємо графік контактів на 30-й, 90-й і 180-й дні після звільнення, що відповідає реінтеграційним заходам американської

програми «Жовта стрічка» для резервістів, які повертаються не в гарнізон, а в цивільні громади [81]. Ця програма особливо близька до українських умов, оскільки значна частина українських військовослужбовців є мобілізованими і так само повертаються до своїх громад. Пріоритет у контактах слід надавати тим, хто отримував психологічну допомогу, мав поранення або звільнився з полону.

Четвертий крок враховує ізраїльський урок щодо резервістів. Державний контролер Ізраїлю зафіксував, що після завершення призову резервісти отримують значно менше супроводу, ніж військовослужбовці строкової служби, а армія та Національний інститут страхування не мають узгодженого механізму обміну даними [49]. В Україні, де звільнені можуть бути призвані повторно, супровід не повинен закриватися остаточно: доцільно передбачити «сплячий» стан справи, яка автоматично відновлюється в разі повторного призову чи нового звернення. Право військовослужбовців на психологічну допомогу за постановою № 1338, обмежене періодом воєнного стану та трьома місяцями після нього [10], слід зробити безстроковим для всіх, хто брав участь у бойових діях, щоб завершення воєнного стану не спричинило масового розриву допомоги саме під час демобілізації.

Друга група рекомендацій спрямована на доступність і забезпечує реалізацію рівневого виміру моделі. Ізраїльський досвід показує, що найкоротший шлях до допомоги пролягає через підрозділ: офіцери з психічного здоров’я працюють поряд із військовослужбовцями, а допомога починається зі взаємодопомоги побратимів і присутності командира [85; 95]. В Україні відповідні форми вже закріплено наказом Міністерства оборони № 768 [21], тому завдання полягає не в запровадженні нової практики, а в її кадровому забезпеченні. Ціль укомплектувати кваліфікованими психологами хоча б половину посад поставлено лише на кінець 2026 року [22]; пропонуємо пов’язати її досягнення з підготовкою військовослужбовців за програмами само- та взаємодопомоги, які не потребують фахової психологічної освіти й відповідають базовому рівню піраміди психосоціальної підтримки.

Поряд із цим доцільно створити немедичний конфіденційний канал допомоги, аналогічний американським Military OneSource і ветеранським центрам (Vet Centers). У США конфіденційні консультації з питань адаптації, стосунків і стресу не повідомляються командуванню [59], а ветеранські центри навмисно розташовано окремо від медичних установ, що знижує бар’єр стигми [94]. В Україні таку роль можуть виконувати ветеранські простори, якщо закріпити за ними обов’язкову функцію консультування першого рівня та конфіденційність звернень, а для віддалених громад – мобільні команди за прикладом 83 мобільних американських центрів [94]. Враховуючи, що центри психологічної допомоги ветеранам діють лише у 18% громад, а у 20% громад немає посади фахівця із супроводу [12; 14], мобільний формат є найшвидшим способом вирівняти територіальну доступність.

Третій інструмент доступності – грантова підтримка громадських організацій за зразком програми імені штаб-сержанта Фокса, за якою Департамент у справах ветеранів США фінансує місцеві організації, що надають послуги ветеранам і їхнім сім’ям [58]. В Україні ветеранські та благодійні організації вже надають помітну частину психологічної допомоги – зокрема мережа центрів ментального здоров’я «Повернення» [23], – однак держава фінансує її переважно через відшкодування послуг конкретних фахівців. Пропонуємо доповнити цей механізм конкурсними грантами для організацій, що працюють у громадах без власних надавачів послуг, з обов’язковим вимірюванням результатів за єдиними інструментами. Водночас досвід ізраїльської реформи «Нефеш ахат», де 74–80% опитаних не знали або лише частково знали про належні їм послуги, а бюджет допомоги при посттравматичному розладі було освоєно приблизно на 14% [93], а також українські дані про використання лише 16,5% коштів субвенції у 2024 році [12] застерігають: нові програми мають супроводжуватися ініціативним інформуванням, інакше кошти не дійдуть до людини.

Третя група рекомендацій стосується комплексності й розкриває роботу сімейно-громадського контуру моделі. Насамперед необхідно посилити

сімейний компонент: Міністерство у справах ветеранів саме визнає недостатній рівень психологічної підтримки членів сімей ветеранів [11]. В Ізраїлі закон і пакет урядових змін 2026 року передбачили для кожного пораненого особистого координатора та розширення підтримки сімей [51], а в США сімейне та подружнє консультування є складовою як військових програм, так і ветеранських центрів [59; 94]. Для України пропонуємо включити до індивідуального плану відновлення обов'язковий модуль для сім'ї: оцінювання потреб подружжя й дітей, психоосвіту щодо наслідків бойового досвіду та групи підтримки для членів сімей у ветеранських просторах, що відповідає принципу сімейної орієнтованості та гіпотезі дослідження про вирішальну роль мікросоціального оточення.

Другим напрямом є груповий формат відновлення зі збереженням зв'язку з підрозділом. Дані ізраїльського центру «Таацумот» показують, що міцніший зв'язок із підрозділом пов'язаний із нижчим рівнем симптомів у подальшому, а інтенсивна денна програма проводиться в групі за участі командирів [85]. Цей досвід доцільно врахувати під час розбудови українських центрів відновлення та здоров'я і 14-денного пакета психологічного відновлення [20]: формувати групи з військовослужбовців одного підрозділу, залучати командирів, а після завершення програми забезпечувати повернення до свого підрозділу, а не до резерву. Третім напрямом є взаємна адаптація ветерана й громади. Окремою ветеранською інфраструктурою за американським зразком не варто обмежуватися, оскільки вона може посилити соціальну дистанцію між військовими та цивільними. Ізраїльські центри стійкості, які працюють з усім населенням громади [82], пропонують інший підхід: ветеранські простори в Україні доцільно відкривати і для цивільних мешканців, поєднуючи ветеранські програми з громадськими, а роботодавців і заклади освіти залучати до спільних програм підготовки до повернення ветеранів.

Четверта група рекомендацій скерована на скоординованість і деталізує інтегрувальні механізми моделі. Американський досвід показує, що

поділ відповідальності між двома відомствами вимагає постійного органу узгодження: у США таку функцію виконує Спільний виконавчий комітет Міністерства оборони та Департаменту у справах ветеранів, а президентський указ зобов’язав відомства розробити спільний план дій щодо підтримки в перший рік після звільнення [60; 88]. Оскільки в Україні також діють два відомства, пропонуємо створити постійну міжвідомчу координаційну раду з питань переходу від військової служби до цивільного життя з участю Міністерства у справах ветеранів, Міністерства оборони, МОЗ, Мінсоцполітики та представників громад. Її завданнями мають бути затвердження спільного плану дій, єдиних стандартів передачі людини та набору показників, а також щорічний публічний звіт. Правовою підставою для цього є Закон України № 4285-IX і Стратегія формування системи повернення до 2033 року [32; 39], які вже визначають пріоритети системи повернення.

Другою умовою скоординованості є обмін даними. Як у США, так і в Ізраїлі аудитори зафіксували, що розриви виникають саме там, де відомства не обмінюються інформацією про людину [49; 60]. В Україні Міністерство у справах ветеранів не має даних про військовослужбовців, які перебувають на службі й мають відповідні статуси, а дані про звернення різняться залежно від джерела [12]. Пропонуємо за згодою особи забезпечити обмін інформацією між військовими реєстрами, Єдиним державним реєстром ветеранів війни та платформою ведення випадків «ОСКАР» щонайменше в обсязі, потрібному для передачі: дата й підстава звільнення, громада проживання, факт отримання психологічної допомоги, контактні дані. Медичні та психологічні відомості передаються лише з окремої згоди, що відповідає принципу ненанесення шкоди. Третьою умовою є закріплення за фахівцем із супроводу ролі ведучого випадку на всіх етапах після звільнення, зокрема в закладах охорони здоров’я, де нині такі фахівці не можуть відкривати звернення й складати індивідуальні плани.

П’ята група рекомендацій стосується результативності та визначає інструментарій зворотного зв’язку моделі. Ні США, ні Ізраїль не вимірюють

сімейних показників, однак обидві країни показують, що держава має сама вимірювати результати й оприлюднювати їх. Для України пропонуємо запровадити єдиний мінімальний набір інструментів, обґрунтованих у підрозділі 1.2: опитувальник труднощів переходу M2C-Q [79], скорочену версію шкали WHODAS 2.0 з 12 пунктів [77], опитувальник посттравматичного зростання PTGI [90] і опитувальник задоволеності CSQ-8 [50]. Вимірювання слід проводити щонайменше двічі – під час відкриття індивідуального плану та через шість–дванадцять місяців, – а результати узагальнювати за громадами й програмами. Ці дані доповнюють соціальні показники – зайнятість, утримання на робочому місці, стабільність сім'ї – та показники процесу, яких нині бракує: строк до першого контакту, частку «теплих» передач, частку тих, хто завершив програму. Такий набір замінить чинні показники обсягу діяльності та задоволеності без стандартизованого інструменту. Незалежний аудит Рахункової палати [12], як і в США та Ізраїлі, доцільно зробити регулярним щодо всієї системи переходу, а не окремих програм. Узагальнення рекомендацій подано в Додатку Б.

Впровадження запропонованої моделі та відповідних рекомендацій доцільно здійснювати поетапно:

1) підготовчий етап – затвердження спільного наказу про взаємодію з доповненнями щодо «теплої» передачі та строку першого контакту, створення міжвідомчої координаційної ради, затвердження мінімального набору показників і адаптація інструментів M2C-Q, WHODAS 2.0, PTGI та CSQ-8 українською мовою;

2) пілотний етап – апробація моделі протягом року в кількох областях із різним рівнем безпеки (тилова, прикордонна, прифронтова) на базі військових частин, які звільняють найбільше військовослужбовців, з порівнянням результатів у громадах, де модель запроваджено, і в громадах, де її ще немає;

3) етап масштабування – поширення моделі на всі громади через Державну службу супроводу ветеранів з урахуванням результатів пілоту та кадрових можливостей;

4) етап законодавчого закріплення – визначення системи супроводу, вікна переходу, ведучого випадку та показників результативності в спеціальному законі про систему повернення з військової служби до цивільного життя або у ветеранському кодексі; необхідність окремого законодавчого акта, який визначив би таку систему, обґрунтовують аналітики [63].

Отже, для подолання інституційного розриву між військовим і цивільним контурами української системи розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів, яка складається з часової осі з виокремленим вікном переходу, трьох контурів суб'єктів, інтегрувальних механізмів і системи вимірювання результату. Модель враховує українські реалії – триваючу війну, можливість повторного призову, поділ повноважень між двома міністерствами та кадровий дефіцит – і реалізується через систему практичних рекомендацій щодо адаптації зарубіжного досвіду. Із практики США доцільно запозичити механізми керованого переходу: індивідуалізовану підготовку до звільнення, особисту передачу людини, ініціативні контакти в перший рік, немедичний конфіденційний канал допомоги, грантову підтримку громад і міжвідомчий орган узгодження; із практики Ізраїлю – наближеність допомоги до підрозділу, груповий формат відновлення зі збереженням зв'язку з побратимами, надання допомоги без очікування рішення медичної комісії, підтримку сімей і центри стійкості для всієї громади. Впровадження моделі передбачено поетапно – від пілотування до законодавчого закріплення.

Висновки до розділу 3.

Отже, проаналізовано сучасний стан державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. Встановлено, що за 2022–2026 роки сформовано нормативну й інституційну основу системи. Водночас її оцінювання за критеріями дієвості показало найбільші прогалини в безперервності та результативності: порядок передачі людини з військового контуру до цивільного не затверджено, а результати програм для людини та

сім’ї не вимірюються. Це дало підстави визначити українську модель як перехідну двоконтурну.

Для подолання виявлених розривів розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів та обґрунтовано практичні рекомендації щодо поєднання американських механізмів керованого переходу з ізраїльською наближеністю допомоги до підрозділу, а також визначено поетапний алгоритм її впровадження.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено компаративний аналіз державних програм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців у США, Ізраїлі та Україні й розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів. Результати дослідження дають підстави сформулювати такі висновки.

1. Соціально-психологічну реабілітацію військовослужбовців визначено як безперервний процес державної та громадської підтримки, скерований на відновлення психологічного благополуччя, сімейних і соціальних зв’язків та повноцінне включення особи в професійне й громадське життя; її кінцевою метою є реінтеграція. Узагальнено принципи реабілітації й доповнено їх принципом взаємної адаптації людини та середовища. Структуру реабілітації запропоновано розглядати в часовому, рівневому, змістовому та суб’єктному вимірах;

2. Обґрунтовано п’ять критеріїв дієвості державних програм: безперервність, доступність, комплексність, скоординованість і результативність для людини та сім’ї. Для вимірювання результату запропоновано інструменти M2C-Q, WHODAS 2.0, PTGI та CSQ-8. Окремий критерій безперервності дає змогу виявити розриви на переході між військовим і цивільним секторами;

Американську систему визначено як міжвідомчу модель керованого переходу. Розрив між Міністерством оборони та Департаментом у справах ветеранів держава долає спеціальними механізмами: підготовкою до звільнення, особистою передачею людини, ініціативними дзвінками в перший рік і мережею ветеранських центрів. З особистою передачею допомогу приймають 94% осіб, без неї – близько 10%, проте вчасно готуватися до звільнення починали лише 25% військовослужбовців;

Ізраїльську практику визначено як інтегровану модель наближеної допомоги: відповідальність зосереджено в одному міністерстві, допомога починається в підрозділі, а військовослужбовець не виходить зі своєї громади. Слабкими місцями є супровід після служби, особливо резервістів, і обізнаність про права: 74–80% опитаних не знали або лише частково знали про належні їм послуги;

3. В Україні за 2022–2026 роки сформовано нормативну та інституційну основу системи: стратегії ветеранської політики й повернення до цивільного життя, закон про систему охорони психічного здоров’я, трирівневу психологічну допомогу, служби супроводу у військах і фахівців із супроводу в громадах. Проте практика відстає від норм: у 2024 році прийнято лише 5% запланованих фахівців і використано 16,5% коштів субвенції, а центри психологічної допомоги ветеранам діють лише у 18% громад. Найслабшими виявилися безперервність і результативність. Українську систему визначено як перехідну двоконтурну модель, у якій військовий і цивільний контури ще не поєднано;

4. Порівняння трьох систем показало, що, попри різні безпекові середовища, їхня головна проблема спільна – перехід від служби до цивільного життя. Дієвість реабілітації визначає не перелік послуг, а те, чи дійшла допомога до конкретної людини. Для України це означає потребу поєднати американські механізми переходу з ізраїльською наближеністю допомоги;

5. Розроблено концептуальну модель міжвідомчого супроводу військовослужбовців і ветеранів. Вона включає чотири етапи з виокремленим вікном переходу, військовий, цивільний і сімейно-громадський контури, інтегрувальні механізми та систему вимірювання результату. Модель враховує триваючу війну й можливість повторного призову; її впровадження передбачено поетапно – від пілотування до законодавчого закріплення.

Обґрунтовано практичні рекомендації: запровадити обов’язкову підготовку до звільнення, «теплу» передачу людини з першим контактом не

пізніше 30 днів, ініціативні контакти протягом першого року, конфіденційне консультування у ветеранських просторах, груповий формат відновлення зі збереженням зв’язку з підрозділом, сімейний модуль супроводу, міжвідомчу координаційну раду та обмін даними за згодою особи;

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в пілотній апробації моделі, українській адаптації інструментів оцінювання реінтеграції та вивченні потреб сімей військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безбар’єрність, доступність, єдині стиль та підхід у роботі: затверджено стандарт для ветеранських просторів. *Міністерство у справах ветеранів України*. 2025. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/bezbarierni st-dostupnist-iedyni-styl-ta-pidkhid-u-roboti-zatverdzheno-standart-dlia-veteranskykh-prostoriv (дата звернення: 13.11.2026).
2. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 246 с.
3. В Україні затвердили Державний стандарт нової соціальної послуги для ветеранів. *Укрінформ*. 2024. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3878868-v-ukraini-zatverdili-derzavnij-standart-novoi-socialnoi-poslugi-dla-veteraniv.html (дата звернення: 13.11.2026).
4. В Україні зростає запит на психологічну допомогу. *Kyiv Post*. 2025. URL: https://www.kyivpost.com/uk/post/46747 (дата звернення: 13.11.2026).
5. В Україні з’являться чотири міжрегіональні реабілітаційні центри для військових. *The Page*. 2025. URL: https://thepage.ua/ua/news/v-ukrayini-zyavlyatsya-4-mizhregionalni-reabilitacijni-centri-dlya-vijskovih (дата звернення: 13.11.2026).
6. Від інформаційної функції до сервісної моделі: Мінветеранів планує створити Державну службу супроводу ветеранів // *АрміяInform*. 2026. URL: https://armyinform.com.ua/2026/09/17/vid-informaczijnoyi-funkcziyi-do%C2%A0servisnoyi-modeli-minveteraniv-planuye-stvoryty-derzhavnu-sluzhbu-suprovodu-veteraniv/ (дата звернення: 13.11.2026).
7. Демобілізація: чи готова тилова Україна до повернення військових. *Dengi.ua*. 2026. URL: https://dengi.ua/ua/amp-page/suspilstvo/9762224-demobilizatsiya-chi-gotova-tilova-ukrayina-do-povernennya-vijskovikh (дата звернення: 13.11.2026).
8. Деякі питання впровадження діяльності служб супроводу військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу служби цивільного захисту, поліцейських та членів їх сімей : Постанова

Кабінету Міністрів України від 20.08.2024 р. № 948. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/948-2024-п (дата звернення: 13.11.2026).

9. Деякі питання забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 р. № 881. *Офіційний вісник України*. 2024. № 73. Ст. 4365.
10. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 р. № 1338. *Офіційний вісник України*. 2022. № 96. Ст. 5982.
11. Допомога у сфері психічного здоров’я та експериментальні проєкти підтримки ветеранів : додаток до листа Міністерства у справах ветеранів України. *Комітет Верховної Ради України з питань здоров’я нації, медичної допомоги та медичного страхування*. 2026. URL: https://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/34365.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
12. Звіт про результати аудиту відповідності на тему «Інститут помічника ветерана: підтримка та реінтеграція ветеранів до мирного життя» : затв. рішенням Рахункової палати від 28.05.2026 р. № 17-4. Київ : Рахункова палата, 2026. URL: https://www.rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2026/17-4_2026/Zvit_17-4_2026.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
13. Звіт про стан реалізації Стратегії формування системи повернення з військової служби до цивільного життя на період до 2033 року (станом на 31.12.2025). *Міністерство у справах ветеранів України*. Київ, 2026. URL: https://mva.gov.ua/media/1/Звіт_про_виконання_Стратегії_повернення_2025.docx (дата звернення: 13.11.2026).
14. Інтерв’ю Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини Д. Лубінця Радіо NV щодо дотримання прав ветеранів. *Kyiv Post*. 2026. URL: https://www.kyivpost.com/uk/post/86535 (дата звернення: 13.11.2026).

15. Інформаційна довідка щодо забезпечення базовими соціальними послугами ветеранів війни / Дослідницька служба Верховної Ради України. Київ, 2026. URL: https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/34320.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
16. Інформаційна довідка щодо проєкту Закону України «Про післявоєнну адаптацію ветеранів як систему» (реєстр. № 15241 від 13.05.2026). *Дослідницька служба Верховної Ради України*. Київ, 2026. URL: https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/34348.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
17. Лубінець Д. Ветеранська політика: виклики, які не можна відкладати. *LB.ua*. 2026. URL: https://lb.ua/blog/dmytro_lubinets/766312_veteranska_politika_vikliki_yaki.html (дата звернення: 13.11.2026).
18. Лузан Т. Чи є у ветеранів і ветеранок гуманітарні потреби? *LB.ua*. 2026. URL: https://lb.ua/blog/tetiana_luzan/765346_chi_ie_veteraniv_veteranok.html (дата звернення: 13.11.2026).
19. Мінветеранів про ключові теми Всеукраїнського діалогу «Громади – ветеранам»: понад 2 600 фахівців із супроводу у громадах, індивідуальний маршрут для кожного ветерана та цифровізація надання послуг. *Міністерство у справах ветеранів України*. 2026. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/minveteraniv-pro-kliuchovi-temy-vseukrainskoho-dialohu-hromady-veteranam-ponad-2-600-fakhivtsiv-iz-suprovodu-u-hromadakh-indyvidualnyi-marshrut-dlia-kozhnoho-veterana-ta-tsyfrovizatsiia-nadannia-posluh (дата звернення: 13.11.2026).
20. Міністерство оборони запускає пілотний проєкт комплексної реабілітації військовослужбовців. *АрміяInform*. 2024. URL: https://armyinform.com.ua/2024/09/21/ministerstvo-oborony-zapuskaye-pilotnyj-proyekt-kompleksnoyi-reabilitacziyi-vijskovosluzhbovcziv/ (дата звернення: 13.11.2026).

21. Міноборони розширює психологічну допомогу військовим: до процесу залучатимуть цивільних фахівців. *Міністерство оборони України*. 2025. URL: https://mod.gov.ua/news/minoboroni-rozshiryuye-psihologichnu-dopomogu-vijskovim-do-proczesu-zaluchatimut-czivilnih-fahivcziv (дата звернення: 13.11.2026).
22. Міноборони створює комплексну систему збереження психічного здоров'я особового складу. *Міністерство оборони України*. 2025. URL: https://mod.gov.ua/news/minoboroni-stvoryuye-kompleksnu-sistemu-zberezhennya-psihichnogo-zdorov-ya-osobovogo-skladu (дата звернення: 13.11.2026).
23. На Київщині відкрили 16-й центр ментального здоров'я мережі ПОВЕРНЕННЯ. *Українська правда. Життя*. 2026. URL: https://life.pravda.com.ua/society/na-kijivshchini-vidkrili-16-y-centr-mentalnogo-zdorov-ya-merezhi-povernennya-315964/ (дата звернення: 13.11.2026).
24. Обіцянка Міністра у справах ветеранів України щодо збільшення кількості фахівців із супроводу до 31 грудня 2026 року. *Слово і діло*. 2026. URL: https://www.slovoidilo.ua/promise/94420.html (дата звернення: 13.11.2026).
25. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
26. Підтримка ветеранів у 2025 році: які медичні послуги надавалися / Міністерство охорони здоров'я України. 2026. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/pidtrymka-veteraniv-u-2025-rotsi-iaki-medychni-posluhy-nadavalysia (дата звернення: 13.11.2026).
27. Портрет ветерана : звіт за результатами дослідження. *Український ветеранський фонд ; Соціологічна група «Рейтинг»*. Київ, 2023. URL: https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2023/11/portrait-of-veteran.pdf (дата звернення: 13.11.2026).

28. Порядок взаємодії фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб і служб супроводу військовослужбовців та членів їх сімей : проєкт наказу Міністерства у справах ветеранів України, Міністерства оборони України. 2026. URL: https://mva.gov.ua/media/1/Порядок_взаємодії_Мінветеранів_МОУ__3_.docx (дата звернення: 13.11.2026).
29. Порядок надання послуг у сфері психічного здоров’я з використанням інформаційно-комунікаційних технологій : затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2025 р. № 1604. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1604-2025-п (дата звернення: 13.11.2026).
30. Приходько І. І. Показання та протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців після виконання завдань в екстремальних (бойових) умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 2(4). С. 39–64. DOI: https://doi.org/10.52363/dcpp-2022.2.4.
31. Про ветеранське підприємництво : Закон України від 31.07.2025 р. № 4563-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4563-20 (дата звернення: 13.11.2026).
32. Про внесення змін до Закону України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» : Закон України від 11.03.2025 р. № 4285-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4285-20 (дата звернення: 13.11.2026).
33. Про затвердження Державної цільової програми «Ветеран. Робота» на 2026–2027 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11.02.2026 р. № 154-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/154-2026-р (дата звернення: 13.11.2026).
34. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20 (дата звернення: 13.11.2026).

35. Про систему охорони психічного здоров’я в Україні : Закон України від 15.01.2025 р. № 4223-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20 (дата звернення: 13.11.2026).
36. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12 (дата звернення: 13.11.2026).
37. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12 (дата звернення: 13.11.2026).
38. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 р. № 1209-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-р (дата звернення: 13.11.2026).
39. Про схвалення Стратегії формування системи повернення з військової служби до цивільного життя на період до 2033 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.12.2024 р. № 1350-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1350-2024-р (дата звернення: 13.11.2026).
40. Проєкт Ветеранського кодексу буде доопрацьований пропозиціями спільноти уже в парламентському комітеті – Кім. *Інтерфакс-Україна*. 2026. URL: https://interfax.com.ua/news/general/1195305.html (дата звернення: 13.11.2026).
41. Проєкт Кодексу про захист державності, незалежності та статус захисників держави : реєстр. № 14265 від 28.11.2025 : картка законопроєкту. URL: https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/59012 (дата звернення: 13.11.2026).

42. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
43. Серветник В. В. Аналіз стратегії ветеранської політики до 2030 року: проблеми та шляхи їх розв'язання. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 8(13). С. 1032–1042. DOI: https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8(13)-1032-1042.
44. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10, No. 1. P. 63–77. DOI: https://doi.org/10.25128/2520-6230.23.1.6.
45. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41(44). С. 157–167. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/713738/ (дата звернення: 13.11.2026).
46. Уряд вибудовує цілісну систему підтримки ветеранів / Кабінет Міністрів України. 2026. 12 лют. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-vybudovuie-tsilisnu-systemu-pidtrymky-veteraniv (дата звернення: 13.11.2026).
47. Уряд спростив доступ до психологічної допомоги для військових: деталі. *Mind.ua*. 2024. URL: https://mind.ua/news/20277692-uryad-sprostiv-dostup-do-psihologichnoyi-dopomogi-dlya-vijskovih-detali (дата звернення: 13.11.2026).
48. Як уряд фінансує ветеранські простори: виклики та перспективи у 2026 році. *Економічна правда*. 2026. URL: https://epravda.com.ua/power/yak-uryad-finansuye-veteranski-prostori-vikliki-ta-perspektivi-u-2026-roci-819017/ (дата звернення: 13.11.2026).
49. Aspects of the Response to Reservists : special report. *State Comptroller and Ombudsman of Israel*. Jerusalem, 2025. URL:

https://www.mevaker.gov.il/en/newsroom/2025-11-18-special-report (дата звернення: 13.11.2026).

50. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale / D. L. Larsen et al. *Evaluation and Program Planning*. 1979. Vol. 2, No. 3. P. 197–207. DOI: https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6.
51. Benson P. Knesset Approves Largest Reform of Israel's Wounded Veterans System in Decades. *TPS-IL*. 2026. July 16. URL: https://tps.co.il/articles/knesset-approves-largest-reform-of-israels-wounded-veterans-system-in-decades/ (дата звернення: 13.11.2026).
52. Better Criteria for Better Evaluation: Revised Evaluation Criteria Definitions and Principles for Use / OECD DAC Network on Development Evaluation. Paris : OECD Publishing, 2019. 13 p.
53. Bion W. R. Experiences in Groups and Other Papers. London : Tavistock Publications, 1961. 198 p.
54. Bohbot A. IDF, Defense Ministry struggle with amount of reservists seeking mental health care, experts say. *The Jerusalem Post*. 2026. October 24. URL: https://jpost.com/israel-news/article-912708 (дата звернення: 13.11.2026).
55. Call inTransition With Your Patients: It's Worth It Nine Times Over. *Psychological Health Center of Excellence, Defense Health Agency*. URL: https://health.mil/Military-Health-Topics/Centers-of-Excellence/Psychological-Health-Center-of-Excellence/Clinicians-Corner-Blog/Call-inTransition-With-Your-Patients-Its-Worth-It-Nine-Times-Over (дата звернення: 13.11.2026).
56. Castro C. A., Kintzle S. Suicides in the military: the post-modern combat veteran and the Hemingway effect. *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16, No. 8. Art. 460. DOI: https://doi.org/10.1007/s11920-014-0460-1.
57. Clinician assessed rates of PTSD and Complex PTSD in a medical-rehabilitation sample of active-duty military personnel in the Armed Forces of Ukraine / P. Hyland et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2026. Vol. 153, No. 2. P. 133–139. DOI: https://doi.org/10.1111/acps.70050.

58. Commander John Scott Hannon Veterans Mental Health Care Improvement Act of 2019 : Public Law 116-171 of October 17, 2020.
59. Confidential Non-medical Counseling Provides Support. *Military OneSource, U.S. Department of Defense*. URL: https://www.militaryonesource.mil/leaders-service-providers/sp-l-confidential-help/confidential-non-medical-counseling-provides-support (дата звернення: 13.11.2026).
60. DOD and VA Transition Programs: Recommendations for Improving Mental Health Support : testimony GAO-24-107752. *U.S. Government Accountability Office*. Washington, D.C., 2024. 19 p. URL: https://gao.gov/assets/880/871170.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
61. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988. Vol. 260, No. 12. P. 1743–1748. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033.
62. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. Vol. 196, No. 4286. P. 129–136. DOI: https://doi.org/10.1126/science.847460.
63. Establishing a System for Transition from Military Service to Civilian Life : infobrief. *Laboratory of Legislative Initiatives*. Kyiv, 2026. URL: https://www.parlament.org.ua/en/analytics/establishing-a-system-for-transition-from-military-service-to-civilian-life/ (дата звернення: 13.11.2026).
64. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence / S. E. Hobfoll et al. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007. Vol. 70, No. 4. P. 283–315. DOI: https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283.
65. Future for Ukraine представив дослідження досвіду ветеранів із втратою кінцівок. *Українська правда. Життя*. 2026. 27 серп. URL: https://life.pravda.com.ua/society/future-for-ukraine-predstaviv-

doslidzhennya-dosvidu-veteraniv-iz-vtratoyu-kincivok-317194/ (дата звернення: 13.11.2026).

66. Getting Started with Vet Center Services : VA Welcome Kit quick start guide. *U.S. Department of Veterans Affairs*. 2025. URL: https://www.va.gov/files/2025-06/vawelcomekit-qsg-vet-center-services.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
67. Grinker R. R., Spiegel J. P. Men Under Stress. Philadelphia : Blakiston, 1945. 484 p.
68. Howard J. T., Stewart I. J., Pugh M. J. Suicide rate trends for post-September 11, 2001, US military veterans. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8, No. 9. Art. e2530216. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.30216.
69. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings / Inter-Agency Standing Committee. Geneva : IASC, 2007. 103 p.
70. International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF. *World Health Organization*. Geneva : WHO, 2001. 299 p.
71. inTransition : program brochure / Defense Health Agency. 2025. URL: https://www.health.mil/Reference-Center/Publications/2025/08/19/inTransition-Brochure (дата звернення: 13.11.2026).
72. Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery / eds. T. Tanielian, L. H. Jaycox. Santa Monica : RAND Corporation, 2008. 453 p. URL: https://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html (дата звернення: 13.11.2026).
73. Israel MOD Reveals New Rehabilitation Data Ahead of First International Conference: One in Every Two Wounded Security Personnel Deals With Psychological Distress : press release of March 23, 2025. *Israel Ministry of Defense*. URL: https://mod.gov.il/en/press-releases/press-room/israel-mod-reveals-new-rehabilitation-data-ahead-of-first-international-conference-one-in-every-two-wounded-security-personnel-deals-with-psychological-distress (дата звернення: 13.11.2026).

74. Kintzle S., Castro C. A. Examining veteran transition to the workplace through military transition theory. *Occupational Stress and Well-Being in Military Contexts* / eds. P. D. Harms, P. L. Perrewé. Bingley : Emerald Publishing, 2018. P. 117–127. DOI: https://doi.org/10.1108/S1479-355520180000016009.
75. Lifton R. J. Home from the War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners. New York : Simon & Schuster, 1973. 478 p.
76. Maintenance of Psychological Health in Military Operations : Department of Defense Instruction 6490.05 of November 22, 2011 (incorporating Change 2, May 29, 2020). URL: https://www.esd.whs.mil/Portals/54/Documents/DD/issuances/dodi/649005p.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
77. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / eds. T. B. Üstün et al. Geneva : World Health Organization, 2010. VIII, 90 p.
78. Mental Health Assessments for Members of the Military Services Deployed in Connection with a Contingency Operation : Directive-Type Memorandum 11-011 of August 12, 2011 / U.S. Department of Defense.
79. Military to civilian questionnaire: a measure of postdeployment community reintegration difficulty among veterans using Department of Veterans Affairs medical care / N. A. Sayer et al. *Journal of Traumatic Stress*. 2011. Vol. 24, No. 6. P. 660–670. DOI: https://doi.org/10.1002/jts.20706.
80. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy / B. T. Litz et al. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, No. 8. P. 695–706. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003.
81. National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2008 : Public Law 110-181 of January 28, 2008. Sec. 582. Yellow Ribbon Reintegration Program.
82. Operation of Resilience Centers in the Frontline Communities Since the Outbreak of the Iron Swords War : abstract. *State Comptroller of Israel*. Jerusalem, 2025. URL: https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/

Documents/2025/Swords-of-Iron-1/EN/2025-Swords-of-Iron-200-Taktzir-EN.pdf (дата звернення: 13.11.2026).

83. Salmon T. W. The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses («Shell Shock») in the British Army. New York : National Committee for Mental Hygiene, 1917. 102 p.
84. Servicemembers Transitioning to Civilian Life: DOD Can Better Leverage Performance Information to Improve Participation in Counseling Pathways : report GAO-23-104538. *U.S. Government Accountability Office*. Washington, D.C., 2022. 44 p. URL: https://www.gao.gov/products/gao-23-104538 (дата звернення: 13.11.2026).
85. Shental O., Lifshitz M., Rothschild J., Aviad-Beer Z. Treating PTSD During Ongoing War: Real-Time Symptom Trajectories and Functional Reintegration in Active-Duty Soldiers : presentation at the Military Health System Research Symposium, August 3, 2026. *IDF Medical Corps*. URL: https://mhsrs.health.mil/MHSRS/download/downloadabstractfile/6770 (дата звернення: 13.11.2026).
86. Solid Start Act of 2022 : Public Law 117-205 of October 17, 2022. URL: https://www.congress.gov/117/plaws/publ205/PLAW-117publ205.htm (дата звернення: 13.11.2026).
87. Solomon Z. Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War. New York : Plenum Press, 1993. 288 p.
88. Supporting Our Veterans During Their Transition From Uniformed Service to Civilian Life : Executive Order 13822 of January 9, 2018. *Federal Register*. 2018. Vol. 83, No. 9. P. 1513–1514.
89. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 1. P. 1–18. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.
90. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, No. 3. P. 455–471. DOI: https://doi.org/10.1002/jts.2490090305.

91. The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application / eds. M. Lahad, M. Shacham, O. Ayalon. London : Jessica Kingsley Publishers, 2013. 288 p.
92. The Department for Discharged Soldiers and Reservists. *Israel Ministry of Defense*. URL: https://mod.gov.il/en/departments/the-department-for-discharged-soldiers-and-reservists (дата звернення: 13.11.2026).
93. The ‘Nefesh Achat’ (One Soul) Reform – the Ministry of Defense’s Treatment of the Disabled from the IDF and the Israel Security Forces : special report : abstract / State Comptroller of Israel // *Report of the State Comptroller of Israel*. Jerusalem, 2024. January. P. 249–257. URL: https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2024/2024.01-74A/EN/2024-74A-401-Nefesh1-Taktzir-EN.pdf (дата звернення: 13.11.2026).
94. VA Vet Centers: Opportunities Exist to Help Better Ensure Veterans’ and Servicemembers’ Readjustment Counseling Needs Are Met : report GAO-22-105039. *U.S. Government Accountability Office*. Washington, D.C., 2022. 41 p. URL: https://www.gao.gov/products/GAO-22-105039 (дата звернення: 13.11.2026).
95. War Against Hamas: 6 Months Operational Update. Mental Health. *Israel Defense Forces*. 2024. April. URL: https://www.idf.il/en/mini-sites/idf-press-releases-israel-at-war/april-24-press-releases/war-against-hamas-6-months-operational-update/mental-health/ (дата звернення: 13.11.2026).
96. [נוסח משולב] 1959-התשי"ט ,(תגמולים ושיקום) חוק הנכים = Disabled (Benefits and Rehabilitation) Law, 5719-1959 [Consolidated Version]. URL: https://www.btl.gov.il/Laws1/00_0045_000000.pdf (дата звернення: 13.11.2026).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Нормативно-правові засади соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні (станом на листопад 2026 року)

Рівень	Документ	Предмет регулювання
Закони	Закон «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (1993)	Статуси, пільги та гарантії ветеранів і членів сімей
	Закон «Про систему охорони психічного здоров’я в Україні» № 4223-IX (2025; уведено в дію 2026)	Міжсекторальна система охорони психічного здоров’я, вимоги до фахівців
	Закон № 4285-IX (2025)	Пріоритети системи повернення з військової служби до цивільного життя
	Закон «Про ветеранське підприємництво» № 4563-IX (2025)	Підтримка ветеранського бізнесу
Стратегії та програми	Стратегія ветеранської політики до 2030 р. (№ 1209-р)	Цілі ветеранської політики
	Стратегія формування системи повернення до 2033 р. (№ 1350-р)	Логіка й етапи переходу; 34 заходи на 2025–2027 рр.
	ДЦП «Ветеран. Робота» на 2026–2027 рр. (№ 154-р)	Зайнятість і професійна адаптація
	Основні засади збереження психічного здоров’я особового складу (наказ МОУ № 668/нм)	Психологічна підтримка під час служби до 2030 р.
Підзаконні акти	Постанова КМУ № 1338 (2022)	Трирівнева психологічна допомога ветеранам, сім’ям, військовослужбовцям
	Постанови КМУ № 881 і № 948 (2024)	Фахівці із супроводу в громадах; служби супроводу у військових

Рівень	Документ	Предмет регулювання
		частинах
	Наказ МОУ № 768 (2025)	Організація психологічної допомоги військовослужбовцям
	Держстандарт соціальної адаптації; порядок ветеранських просторів	Соціальна адаптація ветеранів і сімей; інфраструктура в громадах

ДОДАТОК Б

Рекомендації щодо адаптації практик США та Ізраїлю до українських реалій

Критерій	Практика (країна)	Пропозиція для України	Відповідальні
Безперервність	Індивідуалізована підготовка до звільнення TAP (США)	Обов’язкова підготовка, що починається з подій, які передбачають звільнення	Міноборони, служби супроводу, Мінветеранів
	Особиста передача inTransition (США)	«Тепла» передача від служби супроводу до фахівця громади; перший контакт до 30 днів	Міноборони, Мінветеранів
	Ініціативні дзвінки Solid Start, заходи «Жовтої стрічки» (США)	Контакти на 30-й, 90-й і 180-й дні після звільнення	Державна служба супроводу ветеранів
	Уроки супроводу резервістів (Ізраїль)	«Сплячий» випадок у разі повторного призову; безстрокове право на психологічну допомогу	Мінветеранів, Кабінет Міністрів
Доступність	Офіцери з психічного здоров’я в підрозділах (Ізраїль)	Кадрове забезпечення наказу № 768; навчання само- та взаємодопомоги	Міноборони, командири
	Конфіденційні немедичні	Конфіденційне консультування у	Мінветеранів, органи місцевого

Критерій	Практика (країна)	Пропозиція для України	Відповідальні
	консультації, Vet Centers і мобільні центри (США)	ветеранських просторах; мобільні команди	самоврядування
	Гранти місцевим організаціям (США)	Конкурсні гранти для громад без надавачів послуг	Мінветеранів, громадські організації
Комплексність	Особистий координатор і підтримка сімей (Ізраїль)	Обов’язковий сімейний модуль в індивідуальному плані	Мінветеранів, Мінсоцполітики
	Групова програма зі збереженням зв’язку з підрозділом (Ізраїль)	Групи з одного підрозділу в центрах відновлення; участь командирів	Міноборони
	Центри стійкості для всієї громади (Ізраїль)	Ветеранські простори, відкриті для цивільних мешканців	Органи місцевого самоврядування
Скоординованість	Спільний виконавчий комітет і спільний план дій (США)	Міжвідомча координаційна рада з питань переходу	Кабінет Міністрів
	Аудит розривів в обміні даними (США, Ізраїль)	Обмін даними між реєстрами за згодою особи; фахівець як ведучий випадку	Мінветеранів, Міноборони, МОЗ
Результативність для людини та сім’ї	Відкриті дані, незалежний аудит (США, Ізраїль)	Мінімальний набір інструментів M2C-Q, WHODAS 2.0, PTGI,	Мінветеранів, Рахункова палата

Критерій	Практика (країна)	Пропозиція для України	Відповідальні
		CSQ-8; повторне вимірювання; публічна звітність	

Джерело: розроблено автором на основі підрозділів 2.1, 2.2 і 3.1.