

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Бриндіков Юрій Леонідович**

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ  
БОЙОВИХ ДІЙ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ:  
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ**

*Монографія*

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ  
2018

УДК : 364-786 : 355.292

ББК : 65.272 : 68

Р 31

**Рецензенти:**

**доктор педагогічних наук, професор Чайковський М.Є.**

**доктор педагогічних наук, професор Поліщук Ю.Й.**

**доктор психологічних, професор Потапчук Є.М.**

**Науковий редактор:** Романовська Л. І., доктор педагогічних наук, професор завідувач кафедри соціальної роботи і соціальної педагогіки Хмельницького національного університету

*Рекомендовано вченою радою Хмельницького національного університету.*

*Протокол № від квітня 2018 р.*

**Бриндіков Ю. Л.**

Р 31 Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія / Ю. Л. Бриндіков. – Хмельницький, 2018. – 388 с.

Досвід участі комбатантів у військових діях на сході України свідчить про високий рівень їхньої травматизації. Для підвищення рівня боєздатності та збереження фізичного і психічного здоров'я, нормалізації психоемоційної сфери військовослужбовців виникає необхідність у проведенні комплексної реабілітації. У чому полягає суть комплексної реабілітації та чи відповідає сучасним запитам суспільства діюча система реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій? Автор пропонує своє бачення проблеми, звертається до розгляду різноманітних аспектів реабілітації, її видів та можливостей, досліджує зарубіжний досвід проведення реабілітаційних заходів з комбатантами. Книга містить теоретичні положення і методичні матеріали.

Монографія адресована викладачам, аспірантам, магістрантам, студентам вищих навчальних закладів освіти, науковим працівникам й фахівцям соціальної сфери.

УДК : 364-786 : 355.292

ББК : 65.272 : 68

ISBN

© Бриндіков Ю. Л., 2018

© ТзОВ «Видавництво », 2018

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА .....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА ЗАКОРДОНОМ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції .....	9
1.2 Нормативне забезпечення, основні концепції, підходи та принципи реабілітаційної діяльності в Україні .....	21
1.3 Теоретико-методологічні основи реабілітаційної парадигми з військовослужбовцями закордоном .....	49
1.4 Соціальна, педагогічна, акмеологічна, медична та психологічна реабілітація військовослужбовців, які виконували бойові завдання .....	68
<b>РОЗДІЛ 2. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ .....</b>	<b>91</b>
2.1. Сутність і зміст бойового стресу та обґрунтування потреби у стресостійкій поведінці .....	91
2.2. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації військовослужбовців .....	112
2.3. Потенціал ігрових технологій у реабілітаційній діяльності особового складу Збройних Сил України .....	137
2.4. Перспективи застосування тренінгових технологій у реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях .....	155
2.5. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій .....	174
<b>РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ, УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ .....</b>	<b>194</b>

3.1 Загальнонаукові та специфічні підходи й принципи проектування системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях ..... 194

3.2 Потенціал мультидисциплінарного підходу до організації реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у системі соціальних служб ..... 207

3.3 Модель системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій ..... 221

3.4 Обґрунтування та характеристика організаційно-педагогічних умов дієвості організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях .....233

**РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ..... 250**

4.1. Загальна методика проектування реабілітаційного простору .... 250

4.2. Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях ..... 263

4.3. Зміст форм та засобів, покладених в основу реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, учасниками бойових дій ..... 277

4.4. Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях ..... 289

**ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ..... 312**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ..... 320**

**ДОДАТКИ ..... 366**

## ПЕРЕДМОВА

Сучасний стан Українського суспільства пов'язаний із комплексом різноманітних факторів економічного, політичного, демографічного і духовного характеру, що негативно впливають на людей. Серед надзвичайних ситуацій особливе місце займають соціальні катастрофи, до яких відносять військові конфлікти, що супроводжуються веденням активних бойових дій. Військові дії на сході України – показовий приклад надзвичайної ситуації військового характеру, перебування в якій суттєво впливає на психіку людини і викликає зміни в життєдіяльності й поведінці особистості.

Специфіка служби військовослужбовців полягає в необхідності виконання професійних обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів, пов'язаних із бойовими діями, в зв'язку з чим вони можуть бути віднесені до групи ризику розвитку психічної дезадаптації. Виконання складних бойових завдань у військовослужбовців, як правило, супроводжується зниженням психологічних резервів організму, призводить до соціально-психологічних порушень життєдіяльності, несприятливих особистісних змін, які в подальшому негативно позначаються на загальному стані здоров'я, працездатності.

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців. Після повернення до мирного життя, вони переживають нові стреси пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виник після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації людини в суспільстві.

Військовослужбовці ЗСУ, які приймали участь у бойових діях, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи комплексної

реабілітації. Процес їхньої інтеграції у суспільство вимагає створення такої системи реабілітації, яка б передбачала поєднання медичної, соціальної, психологічної та інших видів реабілітації. На жаль, існуюча в українському суспільстві система заходів щодо реабілітації військовослужбовців, ветеранів бойових, учасників АТО має частковий, фрагментарний характер. Такий стан речей є результатом недосконалості системи соціального захисту військових (правової, економічної, психологічної, медичної), тоді як незадоволеність військовослужбовців своїм становищем у суспільстві, високий відсоток суїцидів, побутова невлаштованість, психологічне неблагополуччя є наслідком.

Попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.), «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); Накази Міністра оборони України «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» (2004 р.); «Про затвердження інструкції про порядок санаторно-курортного забезпечення у Збройних Силах України» (2011 р.); Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.)), жодних спеціальних норм щодо організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, чинним законодавством, на жаль, не передбачено.

Загальні підходи до реабілітації представлені у роботах Л. Вакуленка, Т. Добровольської, І. Мисули, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та інших. Психологічні чинники впливу бойових дій на стан особового складу проаналізовані у дослідженнях українських науковців О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, А. Романишина та інших. Правові аспекти у сфері реабілітації інвалідів були предметом дослідження у

наукових працях В. Андрєєва, Я. Безуглої, Н. Болотіної, А. Єгорова, П. Пилипенка, Л. Шумної та інших. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями розглядають як вітчизняні (В. Алещенко, В. Лесков, М. Маслова, Н. Пономаренко, О. Савченко, О. Хміляр, О. Шекера та інші), так і зарубіжні дослідники (Н. Алаликіна, В. Березовець, А. Бурлак, А. Денисов, О. Здоровицький та інші). Зокрема, здійснення реабілітаційної діяльності військовослужбовців були об'єктом дослідження в дисертаційних роботах. Так, Н. Алаликіна вивчала ефективність психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців; С. Беловодова досліджувала методи поведінкової психотерапії в медико-психологічній реабілітації військовослужбовців; В. Березовець аналізував соціально-психологічну реабілітацію ветеранів бойових дій; А. Бурлак досліджував можливості ігрових технологій як засобу соціокультурної реабілітації військовослужбовців; А. Денисов зосереджував увагу на соціальній реабілітації російських військовослужбовців – учасників військових конфліктів. Разом із тим, соціально-педагогічні аспекти реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, незважаючи на збільшення теоретико-прикладних досліджень з даної проблеми, розроблена недостатньо.

Останнім часом спостерігається інтенсивне впровадження нових методів і технологій діагностики, лікування, корекції та профілактики стресових впливів у систему реабілітації військовослужбовців. Однак, незважаючи на збільшення вітчизняних і зарубіжних робіт, присвячених цій проблемі, все ще відчувається її недостатня розробленість з точки зору ідей, методів і технологій соціальної роботи і практичної психології, без використання яких повноцінна реабілітація неможлива.

З урахуванням проведеного аналізу науково-педагогічних джерел з проблеми організації та проведення реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, виявлено певні суперечності між:

– зростаючими вимогами до якості роботи спеціалізованих установ, що здійснюють комплексну реабілітацію військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях, і недостатнім забезпеченням реабілітаційних центрів фахівцями-реабілітологами;

– необхідністю здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях, і відсутністю узгодженої діяльності мультидисциплінарної команди, яка б її здійснювала;

– наявністю в практиці соціальної роботи різноманітних форм, методів, технологій, засобів реабілітації і відсутністю відповідних компетентностей у фахівців щодо їх реалізації на практиці при здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій;

– наявністю зарубіжного досвіду здійснення реабілітаційної діяльності військових в умовах конфліктів і складністю його адаптації до вітчизняних умов.

Отже, важливість представленого монографічного дослідження спричинена сучасними реаліями «гібридної війни», у яку втягнута наша держава та потребою у фаховій реабілітаційній діяльності військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. Загальні висновки та представлені теоретичні та методологічні матеріали можуть бути корисними для тих фахівців, які займаються реабілітаційною діяльністю.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА ЗАКОРДОНОМ

#### 1.1. Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції

Сьогодні можна говорити про те, що в нашому суспільстві з'явилася нова соціальна група – ветерани бойових дій локальних конфліктів. Соціальний статус цієї групи поки невизначений, у зв'язку з чим вони не мають можливостей для нормальної соціально-психологічної адаптації. Успішна соціальна адаптація даної категорії військовослужбовців у соціумі можлива в результаті проведення комплексу заходів з реабілітації.

Важливим методологічним моментом нашого дослідження є встановлення видо-родових відносин терміну «реабілітація» з іншими спорідненими категоріями, і, перш за все, з такими як адаптація, реадптація, ресоціалізація тощо. Оскільки психологічна реабілітація є різновидом *психологічної допомоги*, розглянемо її. Військові психологи трактують психологічну допомогу як будь-яку цілеспрямовану активність людини, спрямовану на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні. Діапазон форм психологічної допомоги доволі широкий і містить: просту «соприсутність», що породжує ефект фасилітації; повідомлення корисної інформації; психічне зараження; демонстрацію ефективних моделей поведінки; навчання; стимуляцію; консультування; психотерапію тощо. Допомога може надаватися до початку, під час і після виконання бойових дій [158]. Окрім цього, психологічна допомога спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей і здоров'я військових.

Реабілітація військовослужбовців, які певний час перебували в екстремальних умовах, безпосередньо пов'язана з *адаптацією* – «це не тільки процес, але і властивість будь-якої живої саморегулювальної системи. Дана властивість для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною, обумовленою особливостями розвитку фізіологічного та психічного рівнів і

може розглядатися як властивість особистості в цілому» [198, с. 30]. Стосовно соціально-психологічної *адаптації*, її результатом є адаптованість, що визначається як стан взаємовідносин особистості і групи, коли особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціогенні потреби, в повній мірі йде назустріч тим рольовим очікуванням, які висуває до неї еталонна група, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей [222, с. 18].

Поняття «адапованість» («стійка адаптація») є синонімом «норми», «здоров'я». Під стійкою адаптацією О. Жаданюк розуміє ті регуляторні реакції, психічну діяльність, систему відносин, що виникли в процесі онтогенезу в конкретних екологічних і соціальних умовах і функціонування яких у межах оптимуму не вимагає значної нервово-психічної напруги. Однією з ознак адаптації є те, що регулятивні процеси, які забезпечують рівновагу організму як цілого в зовнішньому середовищі, протікають плавно, злагоджено, економічно, тобто в зоні «оптимуму». Адаповане регулювання обумовлюється тривалим пристосуванням людини до умов навколишнього середовища, тим, що в процесі життєвого досвіду вона виробила набір алгоритмів реагування на закономірно і вірогідно повторювані дії («на всі випадки життя») [129, с. 19–20]. Успішна адаптація залежить не тільки від зовнішнього середовища, соціального оточення і фізіологічних процесів, але і від особистісних структур, властивостей, характеристик, однією з яких є емоційна стійкість, що забезпечує безпеку особистості, а, отже, і психологічну адаптацію [там само, с. 21].

Уточнюючи зміст адаптації військовослужбовців, Н. Алаликіна наголошує, що в основі їх початкових дій у цивільному житті основними процесами є переадаптація і реадаптація [4, с. 44]. Під соціально-психологічною *реадаптацією* О. Караяні розуміє процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «прилаштування» їх до системи соціальних

зв'язків і відносин мирного часу [158]. Її необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій для профілактики розвитку у них посттравматичних стресових розладів (ПТСР), дезадаптації, конфліктів з оточуючими.

Аналіз ПТСР дав змогу В. Попову висунути гіпотезу про тісний взаємозв'язок процесів адаптації та реадaptaції з характерними проявами:

– неспішність (незавершеність) адаптації до екстремальних впливів призводить до виникнення гострих ПТСР відразу після закінчення дії екстремальності;

– процес реадaptaції до звичайних умов стримує появу симптомів ПТСР (латентний період), а його неспішність призводить до появи відстрочених ПТСР [256, с. 8].

Як справедливо зазначає О. Жаданюк, сформовані динамічні системи, що регулюють відносини людини, її рухову діяльність, у міру збільшення часу перебування в незвичайних умовах існування перетворюються на стійкі стереотипні системи. Колишні ж адаптаційні механізми, що виникли в звичайних умовах, забуваються і втрачаються. При поверненні людини з незвичайних умов у звичайні динамічні стереотипи, що склалися в екстремальних умовах, руйнуються, і виникає потреба у відновленні колишніх стереотипів, тобто реадaptуватися. Таким чином, психічна реадaptaція, так само як і переадaptaція, супроводжується кризовими явищами [129, с. 27].

Науковці [4; 129] переконані, що незалежно від конкретних форм незвичайних умов існування психічна переадaptaція в екстремальних умовах, дезадаптація в них і реадaptaція до звичайних умов життя відбуваються поетапно. Аналіз дисертаційних досліджень [4; 129] дав змогу охарактеризувати етапи адаптації військовослужбовців до мирного життя (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Характеристика етапів адаптації військовослужбовців до умов мирного життя**

<b>Етапи</b>	<b>Характеристика</b>
1. Підготовчий	Збір інформації, що дасть змогу скласти уявлення про екстремальні умови, усвідомити завдання, які доведеться вирішувати; опанування нових ролей; оволодіння уміннями і навичками для встановлення взаємовідносин з іншими людьми
2. Стартової психічної напруги	Інформаційна невизначеність і передбачення можливих складних ситуацій спричиняють появу сильної психічної напруги, що виражається в складних емоційних переживаннях, порушеннях сну і вегетативних змінах
3. Гострих психічних реакцій входу	Можуть виникати позитивні емоційні переживання (ейфорія, гіпоманіакальність), що супроводжуються підвищеною руховою активністю. При цьому усувається інформаційна невизначеність і людина виявляється надмірно поінформованою. Може супроводжуватися психічною напругою, пов'язаною із загрозою для життя. За умови емоційного розв'язання проблеми, людина відчуває повну поінформованість, упевненість у матеріальному стані, засобах порятунку, в правильності своїх дій при виникненні непередбачених ситуацій
4. Переадаптації	Формуються нові функціональні системи в центральній нервовій системі, що дають змогу адекватно відобразити реальну дійсність в незвичайних умовах життя. Відбувається актуалізація необхідних потреб і виробляються захисні механізми, що забезпечують реакції на психогенні фактори
5. Завершального психічного напруження	З'являються незвичайні психічні стани, що характеризуються емоційною лабільністю, порушеннями ритму сну і бадьорості
6. Гострих психічних реакцій виходу	Відбувається кардинальна зміна функціональних систем психофізіологічної організації, що супроводжується появою незвичних психічних станів, порушенням пізнавальних процесів, емоційного регулювання та рухової діяльності
7. Реадаптації	Відбувається відновлення процесів відображення і координації рухів, адекватних для звичайних умов життя

Розглянуті етапи дають можливість встановити взаємозв'язок між процесами реабілітації і адаптації. По-перше, кінцевим результатом комплексу реабілітаційних заходів має бути досягнення оптимального рівня адаптованості військовослужбовців учасників бойових дій. По-друге, форми, методи, технології, прийоми і засоби, що застосовують у процесі проведення реабілітації, мають слугувати відновленню адаптивних функцій особистості.

Якщо говорити про співвідношення адаптації та дезадаптації, то дослідники розглядають стан дезадаптованості як порушення процесів адаптації [317]. Дезадаптація завжди соціальна, це стан людини, яка не знаходить у навколишньому середовищі умов, відповідних її потребам, здібностям і бажанням [175].

Пояснюючи поняття соціальної дезадаптації, О. Коржиков виділяє два підходи, по-перше, це непристосованість до середовища, коли дезадаптація стає хворобою і супроводжується такими психопатологічними проявами як агресивна ейфорія і напруженість, а також втрата своєї індивідуальності. По-друге, це, так звана, зворотна соціальна дезадаптація, коли не тільки організм намагається пристосуватися до середовища, а й саме середовище підлаштуватися до життєдіяльності людини. Це ще більше посилює дезадаптацію, відчуженість соціального середовища по відношенню до людини й людства. У зв'язку з цим, О. Коржиков пояснює, чому молоді необстріляні солдати, які потрапили в зону соціальних конфліктів, але при цьому мають невротичний характер, неврівноваженість, психічний інфантилізм, не відчували так гостро розлади із середовищем, в якому вони опинилися. Справа в тому, що самі вони перебували в стані функціональної аритмії. При цьому, здорова людина з багатим внутрішнім світом і різнобічним сприйняттям не змогла би протистояти дезадаптації [175, с. 76].

Тлумачення поняття «дезадаптація» О. Коржиковим, передбачає наявність декількох рівнів соціально-психологічної дезадаптованості особистості, а саме:

– перший рівень – ситуативна дезадаптованість, пов’язана з початковою формою дезадаптації. Усунути цей стан можна за допомогою засобів психологічного захисту;

– другий рівень – стійка ситуативна дезадаптивність, яка виникає у військовослужбовця конкретно за певних умов. І, оскільки цей стан особистість не в змозі подолати, то людина або змушена уникати складних ситуацій, або руйнувати обставини кардинальним чином, аж до протестного вбивства або самогубства;

– третій рівень – загальна соціально-психологічна дезадаптованість – це вже хвороба з патологічними комплексами-синдромами неврозів і психозів, переродженням особистості і перманентною фрустрацією, відсутністю захисних механізмів [175, с. 77].

Поняття дезадаптації, у нашому розумінні, може слугувати методологічним ключем до розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, які потрапили в складні екстремальні ситуації. Таке розуміння дезадаптації ми будемо використовувати при створенні системи комплексної реабілітації комбатантів у випадку їх реадaptaції до умов мирного життя.

Дезадаптація пов’язана з *ресоціалізацією* – перетворенням цінностей, норм, відносин відповідно до нових соціальних приписів, тобто зворотної особистісної перебудови. З психологічної точки зору, особливий тип особистості, що сформувався в армійському середовищі при звільненні в запас в особливих випадках (йдеться про непередбачені випадки, наприклад, за скороченням штату, після поранення тощо), потребує, на думку Н. Алаликіної, ресоціалізації [4, с. 36].

З ресоціалізацією пов’язана *інтеріоризація* – процес включення соціальних норм і цінностей до нового соціального середовища, їх внутрішнього світу. При цьому важливими є заміна колишнього змістоутворювального життєвого фактору (служіння Батьківщині) на інші, які за яскравістю замінили б, або принаймні доповнили попередній. Це

довгий і складний процес, для якого характерні зміна емоційних станів і поява незвичайних психічних феноменів. Тривалість і глибина його протікання для кожного конкретного індивіда варіюється залежно від його індивідуально-психологічних особливостей офіцерів, фізичного та психічного стану.

Для розуміння змісту «реабілітації військовослужбовців» розпочнемо з уточнення основних понять. Нині, нажаль, не існує єдиного загальноприйнятого визначення «реабілітації». Поняття «реабілітація» було введено в науковий обіг у кінці 19 століття і стосувалося тільки медичної галузі, а трактувалося як медико-соціальне відновлення на основі будь-якої діяльності. Зарубіжні дослідники [4; 116; 210] переконані, що термін «реабілітація» отримав міжнародне визнання після першої світової війни, коли з'явилося багато інвалідів війни, для яких відкривались спеціальні госпіталі, де широко використовувалися різні методи відновлювального лікування.

Поступово у міру поглиблення знань про людину поняття «реабілітація» стали активно використовувати і в інших сферах, зокрема, в психології, педагогіці, соціології тощо. Так, у юридичному контексті поняття «реабілітація» передбачає повне відновлення правового становища особистості; у соціально-економічному розумінні – комплекс заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [98]. У психіатрії реабілітація є складним і багатоетапним процесом, що дає змогу сформувати у пацієнта активне ставлення до розладів здоров'я з поступовим відновленням позитивного ставлення до сім'ї і суспільства загалом. Система реадaptaційних і реабілітаційних заходів передбачає методи трудової терапії, психосоціального, психотерапевтичного і фармакотерапевтичного впливу, оздоровлення мікросоціального середовища (зняття в свідомості здорових людей приреченості і безнадійності при душевному захворюванні близької

людини), налагодження взаємин «хворого» з оточуючими, насамперед, з членами сім'ї [291, с. 194].

У соціальній роботі під реабілітацією розуміють не тільки відновлення здоров'я клієнта (в разі інвалідності), а більш широко, як відновлення соціального статусу людини, групи людей, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до важкої ситуації. До таких проблем О. Холостова відносить не тільки інвалідність, а й міграцію, безробіття, відбування покарання в місцях позбавлення волі тощо [336].

У нашому дослідженні ми притримуємося думки, що реабілітація є складним багатогранним поняттям, яке буквально означає «відновлення». Саме тому, науковці зосереджують увагу на різних її аспектах, а саме:

- юридичному, що передбачає відновлення доброго імені і юридичних прав в силу скасування раніше визнаної провини;
- психологічному, який має на меті відновлення втрачених здібностей особистості як прояв її «пластичності»;
- соціальному, що зосереджений на відновленні втрачених функцій і зв'язків із середовищем життєзабезпечення;
- медичному, що дає змогу запобігти інвалідності за рахунок відновлення порушених функцій організму і працездатності [108];
- педагогічному, що сприяє відновленню духовно-морального розвитку, гармонійності і цілісності особистості;
- соціономічному, направленому на відновлення втрачених соціальних функцій і зв'язків клієнта із середовищем життєзабезпечення [147]. Таким чином вони виокремлюють різні види реабілітації.

Формування термінологічної бази поняття «реабілітація» бере початок в країнах Західної Європи. Так, у Франції прийнято поняття «*readaptation*», в основі якого покладено уявлення про відновлення пристосованості на зміненому хворобою рівні. У Данії та Швеції прийнятий термін «принцип нормалізації» («*principle of normalization*»), що зближується з поняттям «абілітація» («*habilitation*» – надання можливостей) і застосовується щодо



осіб, які страждають з раннього віку будь-яким фізичним або психічним дефектом [108, с. 21].

Слід зазначити, термін «реабілітація» досить часто зазнавав певних трансформацій, що було пов'язано з історичним контекстом. Так, різні види реабілітації активно розвивалися під час Першої світової війни. Тисячі травмованих і покалічених воїнів отримували відновлювальне лікування і реконструктивну допомогу. У 1903 році Франц Йозеф Раттер фон Бус уперше ввів поняття «реабілітація» у книзі «Система загального піклування над бідними», зосередивши увагу на благодійній діяльності.

У 1922 році в США Міжнародне товариство по догляду за дітьми-каліками вперше у світі взяло на себе розробку найбільш важливих питань реабілітації [205]. Медичне тлумачення термін «реабілітація» отримав у 1946 році у Вашингтоні на нараді з питань реабілітації хворих на туберкульоз, на якій сутність реабілітації вбачали «у відновленні фізичних і духовних сил потерпілого, а також його професійних навичок» [147].

Термін «реабілітація» походить від пізнелатинського «*rehabiti*» – здібність, «*rehabilitatio*» – відновлення здібностей. Реабілітація представляє собою комплекс координування заходів медичного, фізичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру, спрямованих на якомога повне відновлення здоров'я, психологічного статусу і працездатності людей, які втратили ці здібності в результаті захворювання. Це досягається шляхом виявлення резервних можливостей організму і стимуляції його фізичних, психологічних і професійних можливостей. Таким чином, однією з особливостей реабілітації А. Бурлак називає її багатоплановість, необхідність залучення для її реалізації фахівців різних галузей знань [83, с. 79].

Згідно з визначенням Міжнародної організації праці, під реабілітацією розуміється «відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними або психічними можливостями з метою досягнення максимальної повноцінності з фізичної, психічної, соціальної і професійної точок зору». При цьому характер травми або характер захворювання хворого, як правило, не мають

значення. Особи з дефектами розвитку, травмами, тривалими захворюваннями неврологічного, терапевтичного, психічного або будь-якого іншого характеру, а також особи, які брали участь у бойових діях як всередині країни, так і за її межами потребують реабілітації. На засіданні комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по реабілітації в 1968 році було вирішено, що під реабілітацією слід розуміти «комбіноване застосування медичних, соціальних, навчальних і професійних заходів з метою досягнення і використання потребуючого контингенту своїх максимальних функціональних можливостей» [116, с. 49–50]. Окрім цього реабілітацію розглядають як процес, метою якого є попередження розвитку інвалідності, яку можна запобігти в період лікування захворювання і допомогу інвалідам у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку вони придатні в рамках існуючого захворювання або тілесної недуги [92].

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «реабілітація». Так, Р. Овчарова розуміє реабілітацію як комплексну, багаторівневу, етапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення людини в правах, статусі, здоров'ї, дієздатності, що містить профілактику і корекцію відхилень [229]. Російські дослідники О. Трошін, Є. Жуліна та В. Кудрявцева під реабілітацією розуміють «комплекс заходів, що допомагають людям з фізичними вадами і хронічними захворюваннями адаптуватися до вимог навчання, професійного та суспільного життя» [241, с. 12].

Зарубіжні дослідники [145; 146; 210, с. 30] розглядають «реабілітацію як сукупність різних впливів і заходів, спрямованих на максимально швидке і повноцінне відновлення відхилень, що виникли з різних причин, серед яких на одному з перших місць знаходиться фізична ущербність». Ядром цього процесу є підтримка і розвиток у людини самоповаги і віри в свої сили, формування навичок самостійного вирішення життєвих проблем.

Нам імпонує визначення, яке задекларовано у дисертаційному дослідженні А. Бурлак [84], а саме реабілітація розглядається як наука і мистецтво відновлення особистості до рівня її соціальної активності. У розумінні В. М'ясищева, реабілітація передбачає перебудову системи відносин особистості й пристосування його до цих важливих сторін життєдіяльності [214]. Як зазначає М. Кабанов, «реабілітація – це система різних заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також на раннє і ефективно повернення людини в суспільство, до суспільно корисної праці» [146, с. 29]. Актуальним є підхід науковців [222; 324], які розглядають реабілітацію як систему державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності і на якнайшвидше повернення хворих і інвалідів у суспільство і до суспільно корисної праці.

Доволі цікавим є визначення реабілітації, яке запропоноване О. Берецькою [23]. Вчена трактує її як «комплексну, багаторівневу, етапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення людини в правах, статусі, здоров'ї, дієздатності як у власних очах, так і перед обличчям оточуючих з метою максимально повної реалізації її індивідуальних можливостей» [23, с. 9]. Досліджуючи особливості реабілітації старших вікових груп, О. Берецька прийшла до висновку, що її суть полягає в тому, щоб повернути людині віру в себе і свої сили, надати їй відчуття повноцінності особистості, яка повинна і може максимально реалізовувати свої фізичні і духовні потенції, реалізовувати свої прагнення, здатна знаходити нові джерела самовдосконалення та саморозвитку. Отже, у найзагальнішому контексті, метою реабілітації в сучасних умовах дослідниця визначила забезпечення людям можливості самореалізації, допомоги у виявленні, розкритті, розвитку здібностей, створення умов для вільного розширення і закріплення різноманітних соціальних контактів, при

одночасній підтримці процесу збереження, розвитку, можливої корекції соціального, культурного, духовного, біологічного життя [23, с. 9].

Дещо по-іншому визначає кінцеву мету реабілітації інвалідів Г. Дремова, яка наголошує, що це соціальна інтеграція – активна участь в основних напрямках життєдіяльності суспільства, «включеність» до соціальних структур, призначених для здорових і пов'язаних з різними сферами життєдіяльності людини – навчальної, професійної тощо [120].

Найбільш цікавою, з огляду на предмет нашого дослідження, є позиція О. Серповської, яка переконана, що сутність реабілітації співробітників правоохоронних органів – учасників бойових дій – засобами соціально-культурної діяльності, являє собою комплексний цілеспрямований процес відновлення порушених чи втрачених унаслідок перебування в зоні бойових дій психологічних, соціально-комунікативних ресурсів організму за допомогою адекватних засобів і форм соціально-культурної діяльності, що мають пізнавальну, інформаційно-просвітницьку та культурно-рекреаційну спрямованість [292, с. 20].

Слід зазначити, що «реабілітація» – поняття більш ємне, ніж «лікування» у традиційному розумінні. Воно містить на різних етапах елементи як «профілактики», так і «лікування», з метою повернути не тільки здоров'я, а й життєві цінності індивідуума, його становище в суспільстві в максимально можливій мірі [145]. У той же час, це поняття багатьма розглядається як «третинна профілактика», при цьому під первинною профілактикою розуміється попередження захворювань, а під вторинною – лікування хвороби [146].

Ми повністю погоджуємося із В. Беловим і В. Галкіним, які наголошують на комплексному аспекті реабілітації, підкреслюючи, що вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів [19, с. 12–14].

Реабілітація військовослужбовців, у розумінні Я. Радиш і О. Соколової [272, с. 104], – це «система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності».

Представимо власне трактування *реабілітації військовослужбовців* – це *цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психологічного статусу і працездатності військовослужбовців*. Ця мета досягається шляхом виявлення резервних прихованих можливостей організму і стимуляції його фізичних, психологічних і професійних здібностей.

## **1.2. Нормативне забезпечення, основні концепції, підходи та принципи реабілітаційної діяльності в Україні**

Основними правовими актами, що регулюють права і свободи людини і громадянина, зокрема і учасників АТО, у правовій державі є закони. Саме вони, як вища форма прояву державної волі народу, є правовою основою для всіх інших правових актів. «Закон – це нормативно-правовий акт, ухвалений в особливому порядку вищим представницьким органом держави, який регулює найважливіші суспільні відносини, виражає волю (інтереси) більшості населення та володіє вищою юридичною силою» [296, с. 372].

Відомо, що виконання завдань у зоні бойових дій, які покладаються на військовослужбовців, пов'язане з ризиком для їх життя і здоров'я. Проте правовий статус таких осіб та гарантії їх соціального захисту на законодавчому рівні визначено не достатньо, попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.); Укази Президента України «Про

додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»» (2016 р.); Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.); Постанова Кабміну № 416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (2014 р.); Накази Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015 р.); «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» (2016 р.); Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» (2012 р.).

Приємно відзначити, що в Україні робляться перші кроки щодо вдосконалення системи соціального захисту учасників АТО.

Згідно даних, представлених на офіційному сайті Міжнародного громадсько-політичного тижневика «Дзеркало тижня» [182], сьогодні Центральна військово-лікарська комісія вже видала понад 10 тисяч постанов, що пов'язують поранення, контузію, каліцтво чи захворювання з участю в АТО. А в Рекомендаціях за результатами парламентських слухань, що відбулися в жовтні 2016 року, було зазначено: близько 4000 учасників АТО мають статус інваліда війни.

Юрист-аналітик В. Лавренюк наголошує, що за три роки війни так і не було ухвалено законодавчих змін, які б унормували порядок надання реабілітаційних послуг. З аналізу норм чинного законодавства, зокрема Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10. 2005 р., випливає, що система реабілітації спрямована лише на тих, хто вже має

інвалідність. Хоча, реабілітація, насамперед, потрібна для того, щоб уникнути інвалідизації і запобігти погіршенню стану здоров'я.

Жодних спеціальних норм щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, чинним законодавством теж не передбачено. Протоколи зі стандартизації медичної допомоги при ПТСР, затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» № 121 від 23.02.16 р., є єдиним документом, який стосується реабілітації військовослужбовців. Однак протоколи регулюють вузькоспеціалізоване питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядку надання допомоги при інших захворюваннях та розладах, які можуть спіткати людину, що пройшла через бойові дії, законодавством поки що не встановлено [182].

*Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»* [134] визначає правовий статус ветеранів війни, забезпечує створення належних умов для їх життєзабезпечення, сприяє формуванню в суспільстві шанобливого ставлення до них. Серед основних завдань закону встановлено створення належних умов для підтримання здоров'я та активного довголіття; організація соціального та інших видів обслуговування, зміцнення матеріально-технічної бази створених для цієї мети закладів і служб та підготовки відповідних спеціалістів; виконання цільових програм соціального і правового захисту ветеранів війни; надання пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі трудової діяльності відповідно до професійної підготовки і з урахуванням стану здоров'я.

У статті 6 цього закону учасниками бойових дій визнаються військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового та

начальницького складу підрозділів оперативного забезпечення зон проведення антитерористичної операції центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну податкову політику, державну політику у сфері державної митної справи, поліцейські, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Державної пенітенціарної служби України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення [134].

У статті 7 Закону серед осіб, які належать до інвалідів війни, названі військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового та начальницького складу підрозділів оперативного забезпечення зон проведення антитерористичної операції центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну податкову політику, державну політику у сфері державної митної справи, поліцейських, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Державної пенітенціарної служби України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під



час безпосередньої участі в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до забезпечення проведення антитерористичної операції та стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час забезпечення проведення антитерористичної операції безпосередньо в районах та у період її проведення [134].

Чинність цього закону поширюється і на сім'ї осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ України, поліцейських, які загинули або померли внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних під час участі в антитерористичній операції, захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України [134].

Відповідно Постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416 [259] затверджено «Положення щодо Державної служби України по справам ветеранів війни та учасників антитерористичної операції», у якому визначено, що вказана Служба є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику в сфері соціальної і професійної адаптації військовослужбовців, що звільняються з військової служби, осіб, звільнених з військової служби, і учасників бойових дій та учасників антитерористичної операції. Служба повинна здійснювати соціальний захист ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, зокрема, щодо забезпечення їх психологічної реабілітації, санаторно-курортним лікуванням, технічними та іншими засобами реабілітації, житлом, надання освітніх послуг та організації поховання [259].

*Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»* [133] визначає основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців та членів їх сімей, встановлює єдину систему їх соціального та правового захисту, гарантує військовослужбовцям та членам їх сімей в економічній, соціальній,

політичній сферах сприятливі умови для реалізації їх конституційного обов'язку щодо захисту Вітчизни та регулює відносини у цій галузі.

У зв'язку з особливим характером військової служби, яка пов'язана із захистом Вітчизни, військовослужбовцям надаються визначені законом пільги, гарантії та компенсації. Так, у п. 5 ст. 8 зазначено, що Держава забезпечує соціальну та професійну адаптацію військовослужбовців, які звільняються у зв'язку із скороченням штатів або проведенням організаційних заходів, за станом здоров'я, а також військовослужбовців строкової військової служби, які до призову на строкову військову службу не були працевлаштовані, в разі відповідного звернення зазначених осіб. У разі необхідності соціальну та професійну адаптацію проходять також члени сімей військовослужбовців за їх зверненням.

Згідно зі статтею 11 «Право військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу» ЗУ зазначається, що охорона здоров'я військовослужбовців забезпечується створенням сприятливих санітарно-гігієнічних умов проходження військової служби, побуту та системою заходів з обмеження дії небезпечних факторів військової служби, з урахуванням її специфіки та екологічної обстановки, які здійснюються командирами (начальниками) у взаємодії з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування [133]. У зазначеній статті встановлено, що військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. При цьому, варто відмітити брак бюджетного фінансування для обов'язкового проходження психологічної діагностики та реабілітації учасниками АТО.

Першим підзаконним актом, що покликаний розв'язати проблему реабілітації, був *Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції»* [325]. Зокрема, в ньому визначено завдання Кабміну розглянути питання щодо збільшення штатної кількості психологів у закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників АТО, і, в разі потреби, забезпечити збільшення відповідного фінансування таких закладів. Окрім цього, було поставлено завдання забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу учасників АТО в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників АТО.

Згідно з цим указом Кабмін повинен був опрацювати питання щодо створення регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування, служб соціально-психологічного відновлення учасників АТО, а також спеціалізованої психологічної, психіатричної, психотерапевтичної допомоги шляхом залучення до роботи у відповідних центрах кваліфікованих фахівців.

Аналізуючи цей указ, знаходимо, що президент поставив завдання розробити Державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО, яка передбачала співпрацю з міжнародними організаціями для реалізації нових проектів, спрямованих на соціальну адаптацію учасників АТО. Проте станом на 01.01.2017 р. концепції програми, яку розробили представники Мінсоцполітики, так і не було затверджено, отже, як зазначає В. Лавренюк [182], на сьогодні проекту такої програми немає.

У п. 5 «вжити заходів до запровадження обов'язкового медичного обстеження стану здоров'я демобілізованих учасників антитерористичної операції»; у п. 9 – «забезпечити розроблення із залученням обласних, Київської міської державних адміністрацій та затвердити державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників антитерористичної операції, передбачивши організацію співпраці з

міжнародними організаціями стосовно започаткування нових і продовження реалізації наявних відповідних міжнародних проєктів»; у п. 11 – «невідкладно затвердити порядки використання коштів державного бюджету за бюджетними програмами «Заходи з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції», «Забезпечення житлом осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції та/ або у забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості нижніх кінцівок» і «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на будівництво (придбання) житла для сімей загиблих військовослужбовців, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, а також для інвалідів I–II групи з числа військовослужбовців, які брали участь у зазначеній операції, та потребують поліпшення житлових умов»; у п. 12 – «невідкладно опрацювати питання створення єдиного державного реєстру учасників бойових дій».

Позитивним у зазначеному Указі є п. 10, пов'язаний із необхідністю вирішення питання стосовно покладення на регіональні і місцеві центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді завдань щодо організації надання допомоги сім'ям учасників антитерористичної операції, зокрема проведення соціального інспектування таких сімей з метою вивчення їх потреб та визначення видів соціальної допомоги, яких вони потребують, здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей шкільного віку із сімей учасників антитерористичної операції [325].

Згідно з УП Кабінету Міністрів України, обласним, Київській міській державним адміністраціям забезпечити надання учасникам антитерористичної операції першочергового санаторно-курортного лікування та першочергового забезпечення технічними засобами реабілітації [325]. Обласним, Київській міській державним адміністраціям невідкладно сприяти залученню волонтерів, волонтерських організацій до заходів щодо соціальної реабілітації і адаптації учасників антитерористичної операції; у п. 4 – вирішити за участю відповідних органів місцевого самоврядування питання

стосовно прийняття регіональних програм щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників антитерористичної операції та передбачення у місцевих бюджетах видатків на їх виконання; у п. 5 – активізувати на відповідній території роботу щодо забезпечення надання учасникам антитерористичної операції допомоги з вирішення питань, пов'язаних з їх лікуванням, реабілітацією та соціальною адаптацією, створивши для цього, зокрема, центри допомоги учасникам антитерористичної операції як допоміжні органи та залучивши до діяльності таких центрів представників громадськості.

У відповідь на завдання, поставлені президентом, Кабмін видав Розпорядження «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» [276], яким передбачено здійснення таких заходів:

- проведення обов'язкового медичного огляду військовослужбовців, звільнених у запас (демобілізованих), оскільки на сьогодні Наказ міністра оборони «Про порядок проходження військово-лікарської експертизи в ЗСУ» № 402 не передбачає проходження обов'язкового медичного огляду для військовослужбовців після звільнення зі служби;

- створення та розвиток транспортних служб із перевезення осіб з інвалідністю для транспортування учасників АТО, які мають поранення, до закладів охорони здоров'я;

- надання психологічної реабілітації військовослужбовцю не пізніше ніж за тиждень до його звільнення з військової служби;

- сприяння волонтерській діяльності щодо проведення заходів з реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців тощо [276].

Згідно *Наказу Міністерства оборони України № 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час*

*відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» [217]* це Положення визначає процедуру проведення психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, та порядок її виконання під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів).

У зазначеному Положенні встановлюється, що психологічна реабілітація військовослужбовців є обов'язковою складовою заходів відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів). У п. 4 зазначено, що у зв'язку з великою поширеністю стресових розладів, негативними психодинамічними та психосоціальними тенденціями серед військовослужбовців реабілітаційні заходи проводяться з усіма військовослужбовцями зі складу військових частин (підрозділів), що проходять відновлення боєздатності.

Відповідно до зазначеного Положення визначено мету, основні принципи та завдання, представлено організацію процесу психологічної реабілітації військовослужбовців учасників АТО з перелік психодіагностичних методик, рекомендованих для застосування. У зазначеному Положенні визначені завдання психологічної реабілітації військовослужбовців на різних етапах:

– етапі психофізіологічної діагностики (особовий склад проходить обов'язкове психодіагностичне обстеження, яке проводиться штатними посадовими особами та силами позаштатних (спеціалізованих) груп);

– відновлювальному етапі, на якому з метою відновлення військово-професійної працездатності особового складу та запобігання розвитку в нього психічних розладів військовослужбовцям, у яких за результатами діагностики встановлено наявність фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації, за можливості надаються щорічні основні відпустки, а також відпустки за сімейними обставинами та з інших поважних причин тривалістю не більш як 10 календарних днів відповідно до чинного законодавства.

У п. 16. Представлено перелік та зміст заходів психологічної корекції, що визначаються з урахуванням віку, психологічних особливостей особистості військовослужбовців (індивідуальних ресурсних можливостей), особистих психологічних труднощів, соціального оточення, мотивації та активності військовослужбовців. Під час проведення психокорекційних заходів передбачається як індивідуальна, так і групова форми роботи. У п. 17, основним рекомендованим методом для здійснення психологічної корекції є психологічний дебрифінг (організоване обговорення екстремальної ситуації, спільно пережитої військовослужбовцями) у складі підрозділу (відділення).

Згідно *Наказу Міністерства юстиції України № 2035/22347 «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України»* [220], визначено порядок організації медичної реабілітації в системі Служби безпеки України (далі – СБУ). У п. 3.1. зазначено, що медична реабілітація проводиться відповідно до законодавчих та інших нормативно-правових актів з максимальним використанням природно-кліматичних лікувальних факторів у поєднанні з лікувальним режимом, медикаментозною терапією, фізіотерапією, дієтотерапією, лікувальною фізкультурою та іншими методами лікування. Згідно з Інструкцією на санаторно-курортне лікування можуть бути направлені особи за наявності одного з діагнозів, визначених Наказом Міноборони № 703.

Медичну реабілітацію проводять у формі санаторно-курортного лікування у відповідних закладах ЗСУ і на підставі *Наказу Міноборони № 703 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України»* [218]. Заходи медико-психологічної реабілітації спрямовані переважно на осіб, які брали участь у бойових діях, в АТО, і військовослужбовців. Направлення на реабілітацію надається після стаціонарного лікування в лікувально-профілактичних закладах через поранення, травму, захворювання та в разі наявності медичних показань, визначених Наказом № 703. Відбір військовослужбовців, працівників ЗСУ та

членів їхніх сімей, які потребують санаторно-курортного лікування, здійснюється санаторно-курортною відбірковою комісією (СКВК) військових частин за місцем служби (роботи, перебування на обліку), відповідно до діагнозів, які визначено Наказом № 703, на підставі результатів щорічного медичного обстеження (для військовослужбовців) та довідки на одержання путівки на санаторно-курортне лікування за формою №070/о.

Згідно *Наказу Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України»* [216], затверджено Інструкцію, яка визначає порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням, медичною та медико-психологічною реабілітацією осіб з числа військовослужбовців Збройних Сил України, ветеранів військової служби, ветеранів війни, членів їх сімей та інших пільгових категорій; встановлено строки санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації в центрах (санаторіях) військовослужбовців; порядок відбору та направлення осіб на санаторно-курортне лікування. Військовослужбовці, адаптаційні резерви яких визнані достатніми для продовження професійної діяльності, проходять психологічну реабілітацію безпосередньо у військових частинах (підрозділах).

У п. 3 Інструкції зазначається, що для проходження медико-психологічної реабілітації до центрів (санаторіїв) направляються за висновком ГВЛК ЛПЗ військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, брали безпосередню участь в антитерористичній операції, у виконанні заходів надзвичайного стану. У п. 6. Інструкції зазначено, що на медико-психологічну реабілітацію до центрів (санаторіїв) направляються особи за результатами амбулаторного медичного огляду та рішення ГВЛК або після стаціонарного лікування в ЛПЗ з приводу поранення, травми, захворювання, що супроводжується ознаками посттравматичного стресового розладу.

У процесі дослідження встановлено, що *Указом президента України № 240/2016 від 6.06.2016 р. було введено в дію рішення РНБОУ «Про*



*Стратегічний оборонний бюлетень України» [326] (далі – СОБ) від 20.05.2016 р., де було вказано на необхідність створення системи медичної реабілітації, яка б забезпечувала відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби. СОБ слугуватиме дорожньою картою оборонної реформи з визначенням шляхів її впровадження на засадах і принципах, якими керуються держави – члени НАТО до 2020 року. Згідно з планом дій має бути здійснено нормативно-правове врегулювання та створення системи медичного забезпечення військ (сил) з урахуванням євроатлантичного досвіду, у тому числі запровадження надання ефективної та кваліфікованої медичної допомоги, медичної реабілітації та оздоровлення військовослужбовців, удосконалення процедур замовлення і постачання медичного майна та медичної техніки.*

Однією з оперативних цілей визначено побудову системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім завданням сил оборони. І відповідно очікуваний результат передбачає:

- по-перше, створення системи медичного забезпечення, спроможної надавати відповідну медичну підтримку всім завданням, що стоять перед силами оборони України, яка функціонує відповідно до стандартів НАТО, і здатної робити внесок у функціонально сумісні медичні можливості для спільних місій з НАТО;

- по-друге, досягнення необхідних спроможностей щодо розшуку поранених, їх медичної евакуації та надання необхідної допомоги і лікування. У діяльність військово-медичних служб планується упровадити сучасні технології надання медичної допомоги і лікування поранених відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

- по-третє, унормування питання використання можливостей системи охорони здоров'я у державі щодо надання медичної допомоги, лікування і медичної реабілітації поранених у рамках єдиного медичного

простору, створення систему медичної реабілітації, яка забезпечує відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби або соціальну та трудову адаптацію;

– по-четверте, удосконалення системи підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів для сил оборони та запровадження військово-медичної підготовки, яка забезпечить ефективне навчання стандартам надання медичної допомоги при бойовій травмі (патології);

– по-п'яте, створення медичної інформаційної системи складових сил оборони, що охоплює всі етапи медичної евакуації та процеси управління потоками пацієнтів, відповідає стандартам, доктринам та рекомендаціям НАТО [326].

Відповідно, як зазначає В. Лавренюк, до 2020 року слід очікувати затвердження порядку залучення системи охорони здоров'я держави до надання медичної допомоги, лікування та медичної реабілітації поранених, а також створення реабілітаційних закладів як складових єдиної системи реабілітації. Окрім цього, мають бути затверджені Воєнно-медична доктрина України, принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони відповідно до принципів та політики медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3) з урахуванням національних особливостей; мають бути розроблені методики проведення медичної реабілітації для відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій тощо [182]. Зокрема, В. Лавренюк переконана, що незалежно від успіхів чи невдач комітету реформ Мінборони і ЗСУ в цьому напрямку, без комплексного підходу до питання реабілітації військовослужбовці та ветерани АТО й надалі будуть позбавлені медико-психологічних послуг належної якості. Лише побудова сучасної системи реабілітації, її затвердження в законі, підкріпленому порядками та бюджетними програмами, здатні забезпечити ефективне й стає рішення для тих, хто повертається з війни додому.

Отже, проведений комплексний аналіз законодавчої бази України свідчить про те, що загалом законодавство України відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя. Чинна нормативна база спрямована на збереження здоров'я військовослужбовців учасників бойових дій, але, незважаючи на наявність позитивних законодавчих напрацювань, спостерігаємо формальне і малоефективне його правозастосування.

Для розуміння сутності реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, необхідно проаналізувати наукові підходи, що розглядають зміст, структуру й особливості поняття «реабілітація». Кожний з підходів має свою предметну сферу аналізу і наголошує на окремих структурних компонентах досліджуваного явища (табл. 1.2).

*Таблиця 1.2*

**Наукові підходи до реабілітації військовослужбовців**

<b>Підходи</b>	<b>Автори</b>	<b>Суть</b>
Акмеологічний	Н. Алалікіна	Реабілітація пов'язана з необхідністю адаптації військовослужбовців до нового соціального середовища
Військово-психологічний	В. Березовець, А. Караяні, В. Мисюра, В. Попов та інші	Орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах;
Загально-психологічний	Л. Божович, Л. Китаєв-Смик, Н. Тарабріна та інші	Розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього середовища
Медичний	Ю. Александровський, В. Долінін, Б. Карвасарський та інші	Спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності людини

Компенсаційний	Н. Алаликіна	Передбачає надання допомоги військовослужбовцям у виділенні компенсацій, надання різного роду пільг
Комплексний	Н. Алаликіна, Л. Литвиненко та інші	Передбачає перетворення військовослужбовців на суб'єкт соціальної реабілітації, який приймає участь у власній ресоціалізації
Міждисциплінарний	А. Пушкарьов, Є. Холостова та інші	Передбачає співпрацю, колективну роботу команди фахівців різних галузей
Мультидисциплінарний	І. Зверева	Дає змогу цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем військовослужбовців; ґрунтується на командній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів
Системний	А. Голяченко,	Система медичної реабілітації військовослужбовців є емпірична, штучна (створена людиною), відкрита, постійна, динамічна соціальна система [Голяченко]; є підсистемою системи медичної допомоги
Соціально-психологічний	Дж. Келлі, В. Мясіщев, К. Роджерс та інші	Представляє реабілітацію як відновлення системи взаємин військовослужбовця, який проходить реабілітацію, і соціального середовища.

Аналіз літературних джерел [4; 22; 83; 90] дає підставу встановити, що серед підходів реабілітаційної діяльності найефективнішими є комплексний,

акмеологічний, міждисциплінарний підходи. Розглянемо особливості використання цих підходів у нашому дослідженні.

*Комплексний підхід* до соціальної реабілітації не виключає необхідності використання механізмів соціальної захисту в процесі здійснення соціальної реабілітації, але в той же час, передбачає перетворення військовослужбовців з категорії «соціальних утриманців» – об'єкта, який отримує пільги, компенсації, привілеї, – на суб'єкт соціальної реабілітації, який приймає участь у власній ресоціалізації. Підвищення їх соціальної активності розглядається як показник ефективності реабілітації [4].

Комплексний підхід, на думку Н. Алалікіної, представляє «напрямок соціальної політики, пов'язаний із відновленням духовного, економічного, культурного, психологічного, професійного потенціалу, фізичного здоров'я, реінтеграцію у військовослужбовців в соціальну життєдіяльність, загублені внаслідок перебування їх у посттравматичному стресовому стані» [4, с. 74]. Перевагу комплексного підходу ми вбачаємо в тому, що він дає змогу використовувати всі можливості і механізми для оптимізації реабілітаційного процесу на державному і місцевому рівні.

Комплексний підхід реабілітації військовослужбовців передбачає адаптацію заходів реабілітаційної політики до місцевих умов; участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики на державному рівні; вибір пріоритетних напрямів і механізмів реабілітаційної політики; розробку і реалізацію реабілітаційних програм; забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських умов реалізації реабілітаційної політики [4].

Інвестування заходів, що забезпечують і стимулюють соціальну активність військовослужбовців, надання пільг повинно бути спрямовано не тільки для особистого споживання, а й заради відродження їх соціального, соціально-економічного, психологічного та духовного статусу і потенціалу, в тому числі їх навчання і підтримки підприємництва, що є найбільш конструктивними умовами ефективною довгостроковою комплексною

реабілітації військовослужбовців. Перспективність такого напрямку інвестування очевидна, оскільки, по-перше, зі стратегічних міркувань воно дає поштовх і забезпечує розвиток реабілітаційної політики на місцях, при цьому органи соціальної реабілітації не будуть так залежати від зовнішніх інвесторів (спонсорів). По-друге, інвестування активності людського фактора виправдано і з тактичних міркувань, оскільки в умовах дефіциту бюджету більш ефективним представляється вкладення ресурсів у людину для поліпшення здоров'я, забезпечення повноцінної релаксації, підвищення професіоналізму і підтримки творчих ініціатив, відродження господарської діяльності тощо [4, с. 74].

По-іншому представляє комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко [192]. До психологічної складової комплексного підходу науковець відносить: навчання (психоедукацію), кризове консультування, індивідуальну психотерапію (до 8 сесій), групову психотерапію (до 5 сесій, в одній групі може бути присутніми не більше 10 осіб, тривалість групової роботи – 1,5–2 години), релаксаційні методи із засвоєнням елементів аутогенного тренування, метод ТОМАТІС (нейросенсорна стимуляція).

До медичної складової входять: фізіотерапія (бальнеотерапія, рефлексотерапія, масаж, кисневий коктейль, магнітолазер, електропроцедури, пресотерапія, ударно-хвильова терапія, озокерит) та фармакотерапія (лікування психоневрологічних порушень – седативні препарати, антидепресанти, снодійні тощо), лікування супутньої соматичної патології (судинні, вітамінні, гастроентерологічні, нейротрофічні тощо). Психофармакологічна терапія спрямована на зниження рівня ажитації, імпульсивності, агресивності, депресії та на нормалізацію сну. Задля максимально повної реалізації такої багатокomпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю [192].

У нашому розумінні, комплексний підхід у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій означає системне бачення нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються з комбатантом; підборі системи методів (психокоректувальних і психотерапевтичних), за допомогою яких стає можливим послідовне й ефективне опрацювання деструктивних емоційних станів, що виникли внаслідок впливу травмувальних чинників – стресу, ПТСР. Окрім цього, комплексний підхід передбачає послідовну реалізацію змістових етапів реабілітації: відновлення відчуття безпеки; зміцнення природніх психологічних ресурсів; відреагування негативних переживань, викликаних психотравмувальними чинниками; адаптація до умов мирного середовища; підтримка зі сторони близьких і друзів для зміцнення позитивних зрушень у психоемоційному стані комбатанта.

З точки зору *акмеологічного підходу* до реабілітації необхідність адаптації військовослужбовців до нового соціального середовища викликає потребу в реадаптації і переадаптації. Ці процеси відбуваються під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, одним із яких є соціально-психологічна реабілітація як система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів особистісного і соціального статусу людей, які отримали психічну травму [4].

*«Компенсаційний»* підхід до реабілітації характерний для значної частини військовослужбовців, які вважають, що допомога повинна складатися головним чином у виділенні компенсацій, відшкодуванні понесеного збитку шляхом грошових виплат, надання різного роду пільг. Не заперечуючи необхідності виплат індивідуальних грошових компенсацій представляється абсолютно невірним обмежувати механізми реабілітації в цілому. На практиці реалізація програм, побудована на «компенсаційному» підході, не в змозі здійснювати поглиблену і всебічну комплексну реабілітацію [4, с. 73].

Враховуючи різноманітність підходів реабілітації, її умовно можна розподілити на так звані види, або аспекти – медичний, фізичний, психологічний, педагогічний, професійний. Кожний з них має свої методологічні засади, до яких відносять принципи, етапи здійснення, умови реалізації, технологію проведення.

Представимо загальні наукові бачення науковців стосовно виокремлення принципів різних видів реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. В якості основних принципів психологічної реабілітації А. Денисов розглядає її максимальну наближеність до військової ланки, невідкладність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, відразу після виявлення психічних розладів, єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування). У цьому ж відношенні дослідник зазначає її поетапність, ступінчастість, послідовність і наступність. Різноманітні впливи (зусилля, заходи), в тому числі і психосоціальні, що здійснюються в певних дозах, з поступовим (ступінчастим) переходом від одного до іншого, від однієї форми організації допомоги до іншої. Різноплановість реабілітаційних заходів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності військовослужбовця, визначає їх як складний процес, що об'єднує зусилля командирів, медичних працівників, психологів і самого військовослужбовця [116].

Особливий погляд на виокремлення принципів психологічної реабілітації має Н. Алаликіна. Дослідниця вважає, що лише за умови дотримання комплексу принципів, можливо ефективно організувати психологічну реабілітацію та адаптацію військовослужбовців учасників бойових дій. Розглянемо їх – це:

- 1) своєчасність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, одразу після виявлення психічних розладів;
- 2) єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу (поєднання реабілітації і лікування);



3) ступінчастість, послідовність і наступність реабілітаційних заходів. Будь-який вплив, у тому числі психосоціальний, здійснюється в певних дозах, з поступовим переходом від однієї форми організації допомоги до іншої;

4) універсальність (різноплановість) зусиль. Реабілітаційні заходи необхідно здійснювати у психологічній, професійній, сімейній, дозвіллевій і соціальній сферах;

5) партнерство, співпраця. Реабілітаційний вплив має відбуватися таким чином, щоб залучити військовослужбовця, який отримав психічну травму, до відновлювального процесу. Стрижневим змістом усіх реабілітаційних методів є апеляція до особистості військовослужбовця;

б) індивідуалізація відновлювальних заходів. Відновлення психічної рівноваги окремого військовослужбовця здійснюється з урахуванням особливостей особистості, механізмів і динаміки його стану;

7) відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям людини;

8) участь у реабілітаційному процесі місцевих органів, священиків, медичних працівників, психологів, адаптаційних центрів, груп і організацій ветеранів;

9) систематичний контроль і своєчасна корекція реабілітаційної програми [4, с. 96–97].

Багатьма авторами використовується термін «медико-психологічна реабілітація», зосереджена на проведенні заходів медико-психологічної реабілітації постраждалих в екстремальних ситуаціях і в тому числі учасників збройних конфліктів [179]. Щодо принципів медико-психологічної реабілітації комбатантів з ознаками «бойової стресової реакції» (БСР) (*combat stress reaction*), вони вперше були сформульовані Т. Салмон (Т. Salmon) [386] в роки першої світової війни. Цими ознаками були наближеність, негайність, передбачуваність (*PIE – proximity, immediacy, expectancy*). Подальша розробка і доповнення принципів реабілітації

комбатантів з ознаками реакції бойового стресу склали акронім (мнемоправило) BICEPS (Brevity – нетривалість, Immediacy – негайність, Centrality – централізованість, Expectancy – очікуваність, Proximity – наближеність, Simplicity – простота) [158]. Розглянемо їх детальніше. Так, наближеність – цей принцип має на увазі максимальну близькість місця надання допомоги до театру військових дій. Це знімає транспортну проблему, а найголовніше – дає можливість для військового отримувати дружню підтримку від своїх товаришів по службі, що значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів, проте місце лікування має бути відносно безпечним.

Принцип негайності означає необхідність надання допомоги постраждалим з симптомами БСР за лічені хвилини або години після появи цих симптомів. Прояви БСР стають більш стійкими відносно до терапевтичних впливів у випадках затримки допомоги. Значно легше усунути ознаки розладу на початкових стадіях. Це означає, що першу допомогу повинен надавати не офіцер медичної служби, а рівний за статусом. Третій принцип «надії» вважають найбільш важливим, оскільки впевненість у тому, що потерпілий повернеться до служби, повинна демонструватися на кожному етапі організації реабілітації. Психологи переконані, якщо потерпілого направляють лікуватися в тил, його симптоми продовжують проявлятися довший період і він рідше повертається до виконання службових обов'язків, або цього не відбувається взагалі.

Важливим видом реабілітації вважаємо соціально-психологічну, стратегія якої вимагає дотримання таких принципів:

1) професійність – заходи повинні проводити лікарі та психологи, які мають спеціальну підготовку щодо оцінки функціонального стану людини і володіють методами соціально-психологічної корекції і психологічного обстеження;

2) обґрунтованість – підбір надійних, доступних і оптимальних методів реабілітації, перевірених багаторічною практикою з урахуванням

особливостей функціонального стану соматичної та психічної сфер поранених і призначеної лікарем терапії;

3) індивідуальний підхід – врахування рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості та переносимості різних медико-психологічних методів;

4) безперервність і оптимальна тривалість – початок з моменту надходження до госпіталю та продовження до нормалізації функціонального стану й відновлення професійно важливих якостей [140].

Зазначимо, що соціально-психологічна реабілітація пов'язана з соціально-педагогічною, специфіка якої повинна будуватися на низці методологічних і організаційно-методичних принципів. Серед провідних методологічних принципів становлення і розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації інвалідів військової служби В. Могільов [210] виокремлює такі:

- гуманістичний зміст системи реабілітації;
- типології та врахування потреб, рівня домагань, кола інтересів інвалідів військової служби для розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації;
- дотримання державного характеру гарантованості розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації;
- врахування популяційно-центристського рівня вирішення проблеми соціально-педагогічної реабілітації інвалідів військової служби [210, с. 34].

Повністю підтримуємо В. Могільова [210], який визначив специфіку організаційно-методичних засад діяльності системи соціально-педагогічної реабілітації, а саме:

- 1) максимально ранній початок реабілітаційних заходів означає, що весь комплекс реабілітаційних заходів: від медичних до трудового влаштування, повинен починатися в період встановлення факту інвалідності;

2) безперервність процесу реабілітації інвалідів військової служби означає, що процес включає пов'язані між собою цикли медичних, соціальних, педагогічних, професійних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або, можливо, більш повну компенсацію обмеженої життєдіяльності. Про завершенні реабілітації можна говорити лише при встановленні повної реалізації реабілітаційного потенціалу колишнього військовослужбовця, що має інвалідність, що повною мірою відповідає його можливостям, здібностям і особливостям розвитку медико-соціальної, професійної інфраструктури соціально-педагогічного реабілітаційного процесу з урахуванням соціально-економічного рівня території;

3) комплексний характер реабілітації інвалідів військової служби означає використання в реабілітаційному процесі комплексу напрямів – медичного, психологічного, педагогічного, соціального і професійного;

4) загальнодоступність системи реабілітації інвалідів військової служби означає наближення організованих структур реабілітації (кабінетів, майстерень, центрів) до місця проживання колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, здійснення їх наступності та етапності вжитих заходів;

5) різноманіття форм і методів у реабілітаційному процесі передбачає використання науково обґрунтованих концепцій медичної, психологічної, педагогічної, соціальної та професійної реабілітації.

З методологічної точки зору доведено, що реалізація принципів реабілітації колишніх військовослужбовців, які були учасниками військових дій і при цьому отримали інвалідність, гарантується закріпленням прав і обов'язків усіх учасників процесу реабілітації, урахуванням потреб, рівня домагань, кола інтересів колишніх військовослужбовців, створенням і розвитком системи реабілітації та її структур, підготовки фахівців спеціально для реабілітації колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність.

У контексті нашого дослідження цікавою є виокремлення психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яка є складовою частиною соціальної реабілітації. У акмеологічній реабілітації виокремлюють такі принципи.

1) принцип гуманізму і цінності людського буття, що спрямований на підтримку військовослужбовця, по-перше, на визнання його як суб'єкта і його здатності самостійно вирішувати життєві протиріччя; по-друге, на «розкріпачення», актуалізацію його інтелектуальних можливостей, свідомості як способів, володіння якими дає змогу оптимально вирішити протиріччя; по-третє, на моделювання для військовослужбовця більш природних ситуацій, діючи в яких він підніметься на новий рівень розкриття своїх можливостей;

2) особистісний принцип полягає в тому, що функціонуючи, особистість вписується в інші системи: пізнання, спілкування, діяльність, життєдіяльність в цілому; і функціонування особистості має здійснюватися за критеріями кожної з названих систем, наприклад професії;

3) суб'єктно-діяльнісний принцип, важливим моментом в якому виступають особистісні елементи діяльності військовослужбовців, які передбачають її здійснення протягом певного проміжку часу (праця, професія). Серед суб'єктно-діяльнісних характеристик відзначають професіоналізм, майстерність і компетентність, що є критеріями досконалості діяльності. Виділений принцип дає змогу розкрити військовослужбовцям шляхи найбільш повного самовираження в професії, що є запорукою творчості та найвищої ефективності (соціальної, професійної) подальшої діяльності військовослужбовців;

4) принцип життєдіяльності є основоположним, оскільки поняття «акме» пов'язане з життєвим шляхом особистості. Поняття «пік» кар'єри пов'язано з поняттями «вершина» і «стратегія», причому «акме» збігається зі зрілістю людини – максимальним рівнем розвитку її індивідуальності, максимальної реалізованості в майбутньому житті;

5) принцип стратегії життя передбачає вибір військовослужбовцем способу життя, відповідного до його типу; це розв'язання суперечностей між активністю, домаганнями, «Я-концепцією» і умовами, обставинами життя; дії відповідно життєвим цінностям і принципам людяності;

6) принцип потенційного й актуального, імпліцитного й експліцитного передбачає розуміння особистості як проєктивної та перспективної. Оскільки «імпліцитність» означає незавантаженість, коли особистість не повністю використовує свої інтелектуальні ресурси, слідуючи в основному репродуктивним шляхом, завдання акмеології – відкрити шлях до повноцінного використання військовослужбовцем своїх психічних ресурсів, створити стійку мотивацію повноцінної самореалізації;

7) принцип оптимальності та оптимізації передбачає не тільки організацію діяльності, але і розвиток військовослужбовця. Разом з тим оптимальність пов'язана не стільки з алгоритмізацією, скільки з індивідуальним характером розвитку. Індивідуальність життєвого шляху військовослужбовця задається потребою до самореалізації, яка репрезентується в його свідомості у вигляді «Я-концепції». Оптимальність самореалізації оцінюється на основі зіставлення зусиль, втрат, досягнень людини і задоволеності ними;

8) операційно-технологічний принцип відображає прикладний і практичний характер акмеології. Поєднання традиційних і новаторських технологій дало змогу оптимізувати управлінську діяльність військових кадрів. Система технологічного забезпечення діяльності професії військового містить оптимальне використання психолого-акмеологічних ресурсів військовослужбовців, їхній розвиток і прагнення до вдосконалення;

9) психосоціальний принцип охоплює якості людини, або її характеристики;

10) принцип зворотного зв'язку виступає найкращим показником ефективності практичних дій. Об'єктивуючись у житті, професії, спілкуванні, військовослужбовець отримує не тільки результати праці, оцінки людей,

посадовий статус, а він має змогу сприймає себе в новій якості, втілений у діяльності [4, с. 56–62].

Важливим для нашого дослідження є виокремлення медичної реабілітації та її видів. А. Бурлак пропонує проводити медичну реабілітацію з урахуванням таких принципів:

- послідовності (визначення показів до реабілітації, встановлення дійсного стану пацієнта при розпитуванні і клінічному огляді, а також при психологічному й соціальному обстеженні, визначення цілей і завдань реабілітації, складання плану реабілітації, перевірки ефективності реабілітації та її корекції, досягнення запланованих цілей);

- комплексності (у процесі реабілітації вирішують питання лікувального, лікувально-профілактичного плану);

- неперервності (відновлювальне лікування здійснюється, починаючи з моменту виникнення травми й до повного повернення людини у суспільство з використанням всіх організаційних форм реабілітації [84, с. 144–145].

Методологічними принципами медико-психологічної реабілітації комбатантів науковці визначають динамічність, послідовність, відповідальність, індивідуальний і комплексний підходи до аналізу вираженості психічних порушень, стану психічного здоров'я військових фахівців у цілому і можливості розробки та проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації [179].

По-іншому визначає принципи медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко. Авторка наголошує, що необхідно враховувати особистісні фактори (для уникнення перенапруги адаптаційних механізмів) і дотримуватися таких основних принципів реабілітації:

- принцип максимального синергічного співробітництва: лікар–пацієнт–психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї);

- принцип багаторівневого характеру саногенних заходів;

- принцип послідовності й етапності проведення заходів;

- принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;
- принцип погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу [192, с. 40–41].

Основними організаційними й методологічними принципами реабілітації є: принцип цілісності, наступності, багаторівневого підходу й динамічності. Так, на думку А. Маклакова [198], принцип цілісності полягає в тому, що організаційно проблема збереження професійного здоров'я не може розглядатися поза проблем підвищення ефективності професійної діяльності військовослужбовців, так як стан здоров'я військовослужбовців є однією з складових бойової готовності частин і підрозділів. Тому заходи з надання медико-психологічної допомоги повинні розглядатися як базовий елемент структури єдиної системи психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців.

Організаційно психологічне прогнозування ризику розвитку хвороби і планування психопрофілактичних заходів повинно здійснюватися вже в період призову (етап професійного психологічного відбору та раціонального розподілу), а також через 6–7 місяців служби в процесі динамічного супроводу діяльності та період підготовки до діяльності в екстремальних умовах, а потім на етапі реадаптації або реабілітації. При цьому доцільно враховувати результати попереднього обстеження. І в цьому полягає наступний принцип організації психологічного забезпечення заходів щодо збереження професійного здоров'я військовослужбовців – наступність етапів.

При здійсненні процедур прогнозування здоров'я не слід обмежуватися лише особистісними і соціально-психологічними методами, для отримання більш об'єктивних результатів слід використовувати і фізіологічні методики, наприклад, фізіологічні проби й індекси, що характеризують наявність функціональних резервів організму і кардіореспіраторної системи (проби Штанге, Генча, Герінга тощо). У цьому полягає третій принцип здійснення



психологічної діяльності щодо збереження здоров'я військовослужбовців – принцип багаторівневого підходу.

Психологічне вивчення військовослужбовців не повинно обмежуватися лише первинним обстеженням. Під час проходження служби доцільно не тільки здійснювати динамічне спостереження, а й при необхідності проводити поглиблене дослідження з використанням методів психологічної діагностики. Регулярність проведення психологічного вивчення є найважливішою умовою ефективності процедур медико-психологічного супроводу професійної діяльності військовослужбовців. У цьому полягає ще один принцип організації психологічної діяльності щодо збереження професійного здоров'я військовослужбовців – принцип динамічності в організації досліджень [198].

Отже, проведений аналіз нормативно-правової бази, підходів і принципів реабілітаційної діяльності в Україні дав змогу зробити узагальнення – серйозною проблемою комплексної системи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, на нашу думку, є протиріччя між наявною в законодавстві України нормативно-правовою базою з питань соціального захисту та реабілітації учасників бойових дій і нестачею матеріально-фінансових, науково-методичних, кадрових ресурсів для її практичного здійснення.

### **1.3. Теоретико-методологічні основи реабілітаційної парадигми з військовослужбовцями закордоном**

Закордонний досвід, на нашу думку, можна представити у трьох контекстах – це стародавні країни (Китай, Греція, Індія), пострадянські країни (Білорусія, Росія, ) і країни Європи і США. При цьому науковці [292] переконані, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним.

Згадування про мануальну терапію зустрічаємо у прадавніх народів Середземномор'я, Індії, Центральної і Східної Європи. Гіппократ називав мануальний вплив рахітотерапією, вже в V ст. до н. е. з її допомогою він успішно лікував захворювання хребта і внутрішніх органів. До нашого часу дійшли прийоми, рекомендовані відомим засновником медицини, наприклад, розтягування хворого в положенні на животі чотирма помічниками за верхні і нижні кінцівки. На Русі у кожній лазні разом із банщиком працював костоправ. В армії Російської імперії була навіть штатна посада костоправа, що передавалася у спадок. «Костоправські» прийоми передбачали ударну техніку з попередньою діагностикою стану остистих відростків [84].

З другої половини XIX ст. мануальна терапія отримала новий розвиток у вченнях хіропрактиків і остеопатів (від грец. хиро – рука, ос – кістка). В 1882 році А. Стилл у Кирсквиллі (Англія) відкрив першу медичну школу остеопатів. Навчання тривало протягом двох років, до школи приймали людей без медичної освіти. Поряд з медициною і остеопатією значну увагу при викладанні звертали на комерційну діяльність. У процесі дослідження з'ясовано, що у 1895 році Д. Пальмер у США відкрив першу медичну школу хіропрактиків також для людей без медичної освіти. Він розробив діагностику захворювань атлантопотилочного суглобу. О. Негелі (Швейцарія) розробив контактні прийоми мануальної терапії, а в 1903 році видав посібник з хіропрактики. Мануальна діагностика спрямована на виявлення обмеження рухливості в межах нормальної фізіологічної функції будь-якого суглобу людського тіла, мануальна терапія – на ліквідацію виявленого з допомогою мануальної діагностики обмеження [84].

У практиці реабілітації активно застосовують масаж. Критично оцінюючи сучасний стан досягнень у галузі розвитку теорії і методики лікувального масажу, А. Бурлак констатує, що сьогодні масаж науково обґрунтований, здійснюється відповідно до результатів огляду пацієнта, і має важливе значення для реабілітації [84]. Масаж – це сукупність прийомів, за допомогою яких чинять дозований механічний і рефлекторний вплив на

тканини й органи людини [84, с. 57]. Ефективність цього методу лікування перевірена тисячолітньою історією Китаю, Японії, Індії, Греції, Риму. Слово «масаж» походить від грец. «massein» і означає пальпувати, розминати, розтирати. У кожного народу масаж має свої специфічні особливості. Надзвичайної довершеності він досягнув у країнах Сходу, де його використовували з акупунктурою. В Китаї масаж був відомий більше ніж за 25 століть до н. е. У стародавній Греції і Римській імперії масаж використовували як гігієнічний і лікувальний засіб, а також для підвищення працездатності, наприклад при спортивних змаганнях [84].

Суттєвий вклад у розвиток масажу зробили такі лікарі стародавньої Греції і Риму як, Геродокс, Гіппократ, Асклепій, Гален та інші. Гіппократ (459–377 рр. до н. е.) наголошував, що лікар повинен бути досвідченим у багатьох речах, а також у масажі. Широкому розповсюдженню масажу сприяли праці шведського лікаря Р. Лінга (1776–1839), який систематизував прийоми масажу в сполученні з лікувальною гімнастикою, відомою як метод Лінга або «шведський масаж».

Слід констатувати, що активний розвиток як теорії, так і практики реабілітації стався після другої світової війни. Для лікування наслідків поранень, контузій, захворювань, отриманих на фронті, для хворих та інвалідів були створені різні Центри, реабілітаційні служби, державні інститути реабілітації.

У процесі проведення психодіагностики солдатів під час Другої світової війни, Р. Грінкер (R. Grinker) і Д. Шпігель (I. Spigel) розробили практико-орієнтовану систему комплексного психотерапевтичного впливу, складовими елементами якої були: наркосинтетичний метод (використання снодійних для полегшення досягнення катарсису); психотерапія з обмеженою кількістю сесій (brief psychotherapy); судомна шокова психотерапія; терапія тривалим сном; трудотерапія; групова психотерапія і загальна атмосфера психологічного комфорту для пацієнтів. З'ясовано, що основними завданнями бриф-психотерапії дослідники вважали зниження

неусвідомлюваної напруги, зміцнення его і модифікацію супер-его у ветеранів. Вони керувалися головними принципами психотерапії: встановлення позитивного ставлення пацієнта до психотерапевта; попередження бажання пацієнта використовувати вторинну вигоду від свого розладу; десенситизацію до ситуацій, що викликали страх; подолання негативної реакції супер-его (негативної самооцінки); подолання тенденції до пасивної залежності від інших; звільнення від можливих істеричних симптомів, зменшення неусвідомлюваної ненависті до оточуючих [366].

Вагомий внесок у дослідження питань реабілітації військовослужбовців зробив А. Денисов [116]. Учений пов'язує початок здійснення спеціалізованої реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій у період другої Світової війни в США з ім'ям Т. Салмона, суть концепції якого була заснована на трьох принципах: наближеності до місця ведення бойових дій; негайність її надання та підтримки надії (створення впевненості у постраждалих у тому, що вони після лікування повернуться до строю). Концепція була повністю реалізована в період Корейської і В'єтнамської воєн, а також у всіх наступних військових конфліктах [193].

Для більш ґрунтовного вивчення досвіду здійснення реабілітаційної діяльності за рубежом, наведемо фактичні дані. Так, Перше засідання Комітету експертів ВООЗ з реабілітації відбулося в 1958 році. На ньому були сформульовані загальні принципи реабілітаційної науки, запропоновано рекомендації щодо подальших досліджень у цій галузі [116]. У тому ж році була організована Міжнародна система організації реабілітації, в 1960 році – Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів, яке є членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і співпрацює з ООН, ЮНЕСКО та Міжнародним робочим Бюро (МРБ) [4].

У зв'язку з цим слід також відзначити семінар Міжнародного товариства з реабілітації в Стокгольмі (1964 рік), перший Європейський колоквиум з реабілітації в Бельгії (1965 рік), X Світовий Конгрес Міжнародного товариства з реабілітації непрацездатних у Вісбадені (1966

рік), міжнародний семінар у Великобританії, присвячений проблемам реабілітації в світі (1968 рік). Представляють інтерес матеріали другого засідання Комітету експертів ВООЗ з питань реабілітації, що відбувся в листопаді 1968 року [116].

У 1967 році зарубіжні дослідники в галузі реабілітації (В. Ноке, E. Growney, T. Cahalan, D. Meglan) запропонували концепцію ізометрії, що слугувала основою створення інформаційно-тренажерних систем [84]. У травматологічній клініці перша система з'явилася в 1968 році у вигляді пасивного ізокінетичного тренажера для тестування ушкоджених функцій і подальшої реабілітації. У 80-і роки ізокінетичні прилади стали широко використовувати в США в реабілітації травматологічних хворих [там само]. А. Бурлак відзначає, що ізометричне напруження скелетної мускулатури має доволі вагоме значення у відновлювальному лікуванні хворих з травмами елементів рухової системи.

Аналіз зарубіжного досвіду проведення реабілітаційних заходів дав змогу А. Денисову зробити висновок, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним. Створення соціально-реабілітаційних служб у зоні конфлікту дасть можливість суттєво зменшити чисельність ветеранів бойових дій, які страждають розладами психіки, що є одним із шляхів вирішення проблем соціальної реабілітації [116].

Під час другої світової війни в американській армії госпіталі для видужуючих входили до складу лікувальних установ армії. У відділеннях для одужуючих здійснювалася комплексна терапія поранених і хворих у поєднанні з фізичним тренуванням. Поранені і хворі перебували на казарменому положенні [234, с. 25].

Цікавий досвід надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям з проявами БСР і бойового стомлення (БС) (combat (battle) fatigue), яка складається з етапів. Перший етап передбачає надання допомоги на місці, враховуючи принципи негайності і наближеності.

Додатково перший ешелон може включати підтримку та реабілітацію потерпілих, які звернулися по команді. Якщо заходи на першому етапі виявилися недостатніми, постраждалого відправляють через сортувальний пункт на другий етап, представлений Центром управління бойовим стресом (Battle stress management center), в якому працює спеціально підготовлений персонал психіатричного профілю. Зазвичай він розташований на деякій відстані від лінії фронту (приблизно в 2–4-х милях), в безпечній зоні. На цьому етапі в результаті скринінгового обстеження відбираються військові з ознаками БС і БСР. Прикладом організації роботи такого лікувального закладу може бути 528 Центр бойового стресу (Combat Stress Center) армії США, організований на час ведення бойових дій у Перській затоці. У ньому протягом 6 місяців працював персонал у складі 38 чоловік, які оглянули і надали допомогу 514 пацієнтам. Всього у війні в Перській затоці брало участь приблизно 650000 солдатів і офіцерів США. На випадок загострення конфлікту і різкого збільшення потоку постраждалих передбачена система посилення персоналу Центрів кадрами досвідчених психіатрів з тилкових районів. Наприклад, невідкладна психіатрична допомога була потрібна персоналу 71 Рятувальної ескадрильї ВПС США, в якій в результаті вибуху бомби в Саудівській Аравії в 1995 році 5 осіб загинуло, 19 були поранені [355]. Протягом найближчих 2 днів після вибуху приблизно 100 чоловік персоналу психіатричної клініки авіабази ВПС Patrick, Флорида, були терміново перекинуті в Саудівську Аравію і надавали допомогу 100 постраждалим авіабази. Під час проведення бойової операції основний потік потерпілих припадає на перший місяць роботи [158].

В армії США визначено комплекс заходів щодо попередження бойових психічних травм і зниження їх наслідків у спеціальному польовому статуті FM 26-2 «Заходи щодо попередження стресу в бойових діях військ», а саме:

- 1) ефективне і стале керівництво військами;
- 2) високий рівень бойової підготовки;
- 3) фізичне загартування особового складу;

4) хороший стан здоров'я;

5) уміння солдатів і офіцерів розслаблятися в складних умовах бою, проводити самонавіювання [97, с. 62].

У даний час в армії США активно діють 160 тисяч психологів та реабілітологів, розподілених по військовим підрозділам аж до самих передових позицій. Кожен з них має під своєю опікою від 12 до 16 осіб, причому не тільки солдат, а й обслуговуючий персонал. Психологи і реабілітологи орієнтовані, насамперед, на надання консультативної та первинної навчально-психологічної допомоги [116]. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах [227]. «Виведені війська потребують соціальної та психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід організувати теплий прийом, суть якого ентузіазм – прощення – турбота» [111].

Попередня оцінка і самооцінка психологічного стану солдата, офіцера і первинна допомога (порадою, бесідою, консультацією психолога, капелана – військового священика, командира) повинна проводитися відразу після бою на «післябойових оглядах». В ідеалі такий огляд допомагає військовослужбовцю розібратися в своїх переживаннях, настроях, зібратися з думками, проаналізувати, що сталося з ним у ході бою і після нього. Якщо цього не зробити, і не спостерігати за військовослужбовцями, то у них почнуться психічні зрушення, зміниться особистість [116]. У США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, знаходяться на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках [111].

У 1970 році групою американських психотерапевтів були організовані так звані «гар»-групи спілкування ветеранів з організації «В'єтнамські ветерани проти війни», з метою надання допомоги в подоланні психологічних наслідків війни і осмислення свого військового досвіду. Довірча атмосфера, взаємна емоційна підтримка, неформальний характер груп сприяли ефективності психологічної допомоги ветеранам [380].

У процесі дослідження було встановлено, що для вивчення потреби в реабілітації в 1976 році комісією Сенату Конгресу США було проведено соціологічне дослідження ветеранів В'єтнамської війни (1376 осіб), які проживають в одному з районів Нью-Йорка, метою якого було створення моделі регіональної служби реабілітації у великому місті. Як показало проведене дослідження, реабілітацію можна здійснювати як у відділеннях реабілітації, організованих у великих лікарнях загального профілю так і в спеціально створених Центрах соціальної реабілітації [152, с. 128].

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що активно займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де, в найбільшій мірі, досліджена проблема ПТСР, проводиться лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур [198]. Фармакотерапію поєднували з рефреймінгом – символічною переробкою негативного досвіду, що підтримують катартичними методами, груповою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, роз'ясненням соціально-психологічних наслідків ПТСР. У Центрі за 5 років після війни в Затоці, пройшли успішну реабілітацію 632 пацієнта. Причому до таких спеціалізованих центрів потрапляють лише особи з вираженою симптоматикою. Згідно статистики з 4500 військовослужбовців армії США, у 30 % військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, у 15 % військовослужбовців, які виконували допоміжні функції, були встановлені ознаки стресових реакцій. Це виражалось у підвищеній ворожості, високих показниках тривожності, депресії, психотизму, соматизації, obsесивно-компульсивній поведінці [158].

Можемо констатувати, що окрім США доволі багатий досвід лікування бойових психічних травм має армія Ізраїлю, в якій ще в ході війни з Ліваном у 1982 році застосовували принципи надання допомоги постраждалим (VICEPS). Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (*Combat Fitness Retraining Unit*), персонал яких складався з психіатрів, соціальних працівників, клінічних психологів, інструкторів зі



спорту і бойової підготовки. Важливою умовою є те, що лікар або психолог, які надають допомогу, повинні обов'язково мати бойовий досвід, що дасть змогу встановити більш довірчі відносини в процесі проведення терапії [368].

Дослідники наголошують, що використання принципів VICEPS при наданні допомоги постраждалим з проявами БСР дає змогу повернути до служби до 85 % особового складу. З них приблизно у 7 % можна очікувати повторні реакції. В армії Ізраїлю під час війни в Лівані використовували три принципи з шести (близькість, неповільність, очікуваність). Порівняння підрозділів, у яких ці принципи дотримувалися, показало, що приблизно 60 % військових змогли повернутися до виконання професійних обов'язків, на противагу 22 % там, де цих принципів не дотримувалися. Крім того, частота розвитку ПТСР виявилася нижче на 30 %. Доволі показовими в цьому відношенні є порівняльні дані поширеності ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни (15,2 % після 15 років) і операції в Перській затоці (5 % після 2 років) [381].

У країнах Заходу «реабілітація» передбачає комплекс заходів, пов'язаних з відновленням здоров'я хворої людини або «соціального здоров'я» індивіда, і поверненням його до громадської та професійної діяльності. При цьому дуже важливим є положення про безперервність реабілітації: медична повинна починатися в процесі лікування, професійна – відразу ж після закінчення медичної [116].

Встановлено, що система реабілітації Латвії організована на базі Національного реабілітаційного центра «Вайварі», Спілки латвійських лікарів, Медичної академії й Спілки латвійських реабілітологів. У 2000 році у Латвійській медичній академії був створений факультет реабілітації, що складався з таких структурних одиниць: кафедри реабілітації (навчання студентів медичного факультету основам реабілітології); академічної школи фізіотерапії (чотирьохрічне навчання студентів-фізіотерапевтів); академічної школи ерготерапії (чотирьохрічне навчання студентів-ерготерапевтів);

резидентури з реабілітації (трьохрічне післядипломне навчання для лікарів) і курсів підвищення кваліфікації з різних спеціальностей реабілітації [116].

У школах реабілітації викладають лікарі, які пройшли навчання у шведських і датських фахівців і отримали сертифікати фізіотерапевта й ерготерапевта. Створена програма навчання з цих спеціальностей, що відповідає вимогам розвинутих європейських країн. Окрім цього, як доводить А. Денісов [116] в країні діє Спілка реабілітологів, яка об'єднує лікарів-реабітологів, психологів, соціальних працівників, педагогів та інших фахівців. Мета роботи Спілки – підвищення їхньої кваліфікації, сертифікація і співпраця з фахівцями інших країн.

Доволі цікавим є досвід Чехословаччини, де створено кілька Центрів реабілітації, введено поняття «станція відновлювального лікування» при медичному закладі, куди належать служби для проведення фізіотерапевтичних методів лікування, а також лікувальної фізкультури і трудової терапії. При цьому питання реабілітації перебувають у підпорядкуванні двох відомств: лікувальна реабілітація належить до компетенції Міністерства охорони здоров'я, а соціально-професійна – до компетенції Державного управління соціального забезпечення [116].

У Великобританії існує положення про впровадження елементів реабілітації у діяльність усіх лікарень. Бажаним вважається створення відділень реабілітації при кожній лікарні, що містять гімнастичні зали, басейн для занять, фізіотерапевтичний кабінет і кабінет трудової терапії. Внаслідок цього число спеціальних центрів реабілітації обмежена, вони призначені тільки для інвалідів, які отримали дуже важкі травми, лікування яких вимагає тривалої реабілітації. Британські Центри реабілітації можна розділити на дві групи – це медичні установи, що займаються комплексною спеціалізованою реабілітацією при певних захворюваннях, і змішані центри післялікарняної реабілітації [116].

У Голландії та Бельгії відділення реабілітації не розглядається як звичайне відділення стаціонару. Його специфіка визначається завданням

самої активної участі клієнта в процесі реабілітації. Однією з умов ефективної роботи центру реабілітації є створення такої моральної атмосфери, коли при повному дотриманні всіх медичних норм і правил, при інтенсивному лікуванні, обстановка в Центрі відрізняється від лікарняної.

З'ясовано, що в Ірландії в районах з великою щільністю населення створені денні амбулаторні центри реабілітації, вони є по суті денними лікарнями. Це вигідно з економічної точки зору, оскільки організаційно лікарні, будинки з догляду та інші установи реабілітації об'єднують у великі комплекси. Негативним моментом при такій організації реабілітації є складність забезпечення індивідуальних потреб хворого, що потребує відновлювального лікування.

У процесі дослідження встановлено, що у Німеччині забезпечення заходів з підтримки, поліпшення і відновлення працездатності здійснюють, в основному представники пенсійного страхування робітників і службовців. У сфері соціально-професійної реабілітації монопольне місце займає федеральне відомство з питань страхування і працевлаштування безробітних. Питаннями фінансування заходів з реабілітації займаються виключно органи соціального страхування на місцях [116].

Німецькі реабілітаційні центри в залежності від пріоритету медичної або соціальної реабілітації, передбачають два рівня. Реабілітаційні Центри першого рівня є практично реабілітаційною клінікою, де переважає медична реабілітація. Однак у таких центрах є майстерні, зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де клієнти отримують елементи соціально-побутової та професійної реабілітації. Ці центри, в основному, є спеціалізованими за профілем патології: психологічні, неврологічні тощо. До структури подібного центру можуть входити підрозділи, що займаються питаннями соціальної реабілітації, наприклад, відділ професійної реабілітації, завданням якого є надання професійних умінь і навичок реабілітантам за певними спеціальностями: програмування, електротехніка, креслення, торгові професії, домоведення і соціальна служба, працівники якої допомагають

організувати дозвілля клієнтам Центру, відповідають за їх адаптацію в суспільстві після виписки, навчають робити покупки, вести господарство тощо [116].

Для прикладу типового реабілітаційного центру другого рівня можна розглянути один з найбільш відомих реабілітаційних центрів у Німеччині – реабілітаційний Центр в місті Гарміш-Пархенкірхене. В середньому він одночасно обслуговує близько 500 клієнтів (як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, які проживають в пансіонаті і приїжджають з довколишніх земель).

Цікавий для нашого дослідження є досвід російської армії, пов'язаний з реабілітацію військових, представлений В. Мисюрою [209]. У старій російській армії при польових і фортечних госпіталях засновували слабосильні команди чисельністю від 50 до 200 чоловік, до яких направляли військові, які одужували, але потребували зміцнення сил; легкопоранені й контужені. Під час першої світової війни в російській армії для поранених і хворих офіцерів і нижніх чинів, які не знаходилися на госпітальному лікуванні, але потребували зміцнення сил і відпочинку, була передбачена організація команд видужуючих при військових частинах і евакопункту. У Червоній Армії на воєнний час передбачалося формування батальйонів видужуючих в складі запасних полків або окремих батальйонів видужуючих у складі запасних бригад і дивізій (чисельністю від 500 до 1500 чоловік).

З 1942 року в Червоній Армії були організовані команди видужуючих при медико-санітарних батальйонах для легкопоранених, з термінами лікування від 5 до 12 днів, а також армійські і фронтові госпіталі для лікування легкопоранених. Це були перші спеціалізовані лікувальні установи для категорій легкопоранених і легкохворих з термінами відновлення боєздатності від 10 до 60 діб [119, с. 29–30].

Відновлювальне лікування в госпіталях для легкопоранених (ГЛП) проводилося комплексними методами на тлі своєрідного терапевтичного середовища, максимально наближеного до повсякденних умов

життєдіяльності військових колективів. Так, наприклад, в евакогоспіталі 2943 в роки Великої Вітчизняної війни, у відділенні для видужуючих був встановлений режим, передбачений Статутом Червоної Армії для військових частин. Весь змінний склад знаходився на казарменому положенні, був одягнений у належну для бійців і командирів військову форму. У відділенні забезпечувалася військова дисципліна, проводилися стройові й військово-тактичні заняття, фізична підготовка. На заняттях використовували особисту й бойову зброю, макети для топографічних занять, карти, плакати тощо [297].

Як свідчить практика, в інтересах психологічної реабілітації воїнів активно використовували масово-відновлювальні методи лікування, такі як працетерапія, бібліо- музикотерапія (культтерапія), лікувальна фізкультура, стройові заняття. Поєднання режиму з трудовими процесами, відпочинком, значення товариського прикладу, вплив командирів підрозділу видужуючих попереджало фіксацію симптомів хвороби і розвиток неврозів [322]. Працетерапія, на думку В. Мошкова [212], заміщувала відрив поранених і хворих від соціально-трудоного середовища. Участь у виконанні різних робіт піднімала тонус і настрій. Працетерапія виховувала волю до праці, усувала почуття безпорадності, приносила задоволення і давала змогу побачити результати своєї праці. Для цього використовували різноманітні роботи – дрібні виробничі, сільськогосподарські, лісозаготівельні, столярні, швецькі, електро-слюсарні тощо. При цьому враховувалися професійні навички людей.

У контексті нашого дослідження корисним є досвід колективу 6-го Центрального військового клінічного госпіталю (ЦВКГ) – найбільшого в Росії і в світі багатопрофільного реабілітаційного центру, який займається лікуванням наслідків ПТСР. Роботу щодо організації і проведення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали важкі поранення і каліцтва при виконанні службових обов'язків, почали проводити одразу після його відкриття в 1990 р., коли до шпиталю надійшли для реабілітації учасники бойових дій в Афганістані. Саме тоді сформувалася

концепція перспективного розвитку шпиталю як Всеармійського реабілітаційного центру. До січня 1995 року понад 600 учасників бойових дій в Афганістані пройшли соціально-психологічну реабілітацію у стінах госпіталю, значна частина з яких у відділенні психофізіологічної реабілітації. За період з 1995 по 1998 рр. у шпиталі завдяки проведенню реабілітаційних заходів відновили здоров'я і соціально-психологічний статус 457 поранених бійців. Після офіційного припинення бойових дій на території Чеченської Республіки шпиталь працював ще рік, поки не був відновлений останній поранений з цього регіону [140].

Хотілося б зупинитися на розгляді системи психокоректувальної роботи з ветеранами-афганцями Р. Абдурахманова, представлені двома етапами – підготовчим і основним. Перший передбачає проведення психодіагностики та психокоректувальної бесіди, другий – індивідуальну і (або) групову психокорекцію. Однією з головних умов успішної психокорекції є усвідомлення і емоційне відреагування ветеранами психотравмального досвіду, осмислення його негативного впливу на їх комунікативну діяльність [1].

Загалом, з початком бойових дій у Чеченській республіці в грудні 1994 р. пов'язують новий етап у вдосконаленні стратегії і тактики лікувально-відновлювальних і соціально-психологічних заходів щодо повернення до військової служби учасників бойових дій. Відмінності в контингенті поранених були відзначені з перших же днів початку бойових дій: якщо основну його частину на першому етапі (1995–1997 рр.) становили молоді офіцери, то на другому етапі (1999–2003 рр.) три чверті поранених із загального потоку були солдатами і сержантами контрактної служби і за призовом [140].

У Москві в 1992 році був створений недержавний інститут медико-соціальної реабілітації, який здійснює підготовку фахівців з кваліфікацією лікар-реабілітолог.

У Беларусі після прийняття Законів «Про соціальний захист інвалідів у Республіці Беларусь» (1991 рік) і «Про запобігання інвалідності й реабілітації інвалідів у Республіці Беларусь» (1994 рік) розвиток реабілітації отримав новий поштовх. У цих нормативних актах реабілітація представлена як гарантоване законом право інвалідів і хворих на медичну допомогу. Відповідно до цього реабілітація стала одним із пріоритетних напрямів у системі здоров'язбереження. Для розвитку служби реабілітації в номенклатурі лікарських спеціальностей була введена нова спеціальність – «реабітолог» і розроблені кваліфіковані вимоги до лікарів цієї спеціальності [116, с. 42].

Окрім цього, як доводить Н. Якушкин [353], у країні розроблено організаційно-структурну модель надання комплексної реабілітації у вигляді багаторівневої системи (кабінети реабілітації, відділення реабілітації, профільні, спеціалізовані, змішані центри реабілітації, державні науково-виробничі реабілітаційні комплекси). Реабілітація як державна система у Білорусі отримала достатню підтримку, вона допомагає вирішувати економічні проблеми за рахунок розширення зайнятості потребуючого контингенту, його економічної самостійності, зменшення податкового тиску за рахунок скорочення людей, які потребують соціальної допомоги, опіки, постійного догляду [116, с. 44].

Хотілося б зупинитися на досвіді Узбекистану, де для вирішення проблем соціальної реабілітації інвалідів та учасників Афганської війни з 1991 року була створена правова й нормативна база. Йдеться про Закони Республіки Узбекистан «Про соціальну захищеність інвалідів у Республіці Узбекистан» і «Про охорону здоров'я громадян», постанову Кабінету Міністрів Республіки «Про державну програму Республіки Узбекистан щодо реабілітації на 1996–2000 роки», окремі Укази Президента Республіки І. Каримова. Названа нормативно-законодавча база передбачає постановку конкретних цілей і завдань перед міністерствами, відомствами, громадськими організаціями про створення відновлювальних центрів, що

займаються діагностикою, реабілітацією і рекомендаціями до трудової діяльності. За результатами медико-соціальної експертизи в залежності від виду та перебігу хвороби і її прогнозу лікарсько-трудова експертна комісія Міністерства соціального забезпечення Республіки Узбекистан визначають групу інвалідності людини, і з цього дня вона починає отримувати пенсію і користуватися встановленими пільгами, тобто починається часткова реалізація соціальної реабілітації інваліда. Потім для інваліда складається індивідуальна програма реабілітації, що передбачає медичну та професійну види. На жаль, говорити про високі показники медико-соціальної реабілітації інвалідів в Узбекистані годі й казати, це пов'язано з досить низькими показниками повної медичної реабілітації [116, с. 47–48].

Окремо хотілося б розглянути проблему фізичних травм військовослужбовців, які вони отримали у ході участі у військових конфліктах. Отримання поранення в ході бойових дій є важким психотравмувальним фактором, який доволі специфічно впливає на людину, багато в чому визначаючи особливості соціально-психологічної адаптації після повернення до мирного життя [183]. Особливої гостроти ця проблема набуває у зв'язку з появою великої кількості військовослужбовців з ампутаційними дефектами кінцівок, що залишаються після військових подій на сході України.

Психічний стан, у якому знаходиться людина, яка перенесла травматичну ампутацію кінцівок, Ю. Александровський [6] відносить до категорії гострого горя. При цьому факт ампутації переживається людиною як важка особиста трагедія, що має руйнівний сенс. Ампутація означає для людини крах усіх життєвих перспектив і планів, переоцінку власного «Я», суттєве зниження рівня домагання особистості, необхідність пошуку своєї особливої соціальної ніші, і, найчастіше, втрату сенсу існування [197]. Факт ампутації сприймається як особиста трагедія, про це свідчать випадки суїцидальних спроб, які здійснюють військовослужбовці відразу після отримання поранення, коли настає усвідомлення факту втрати кінцівки. Такі



ситуації вимагають від особистості серйозного напруження механізмів аллої інтрапсихічної адаптації, внутрішньої роботи переживання горя [21].

Доволі цікавий досвід США, де протягом 8 років (1980–1988 роки) пройшли обстеження 469 військовослужбовців, які втратили кінцівки, з яких лише 11 осіб (2,3 %) повернулися до виконання обов'язків військової служби. Всі інші вважали за доцільне жити на соціальну допомогу і виплати [373]. Сама по собі участь у бойових діях є фактором, що виходить за межі звичайного людського досвіду, що порушує соціальну адаптацію. Це змушує уряди розвинених країн звертати особливу увагу на реалізацію програм допомоги інвалідам воєн. Така програма успішно функціонує в Ізраїлі, що дало змогу повернути до колишньої роботи 28 % ампутантів. Серед ветеранів другої світової війни США 78 % повернулися до активної роботи або отримали вищу освіту [158].

Сьогодні існує Міжнародне суспільство посттравматичного стресу. Психіатри, психофізіологи, психологи та інші фахівці багатьох країн світу намагаються зрозуміти сутність цього явища і створити ефективну систему реабілітаційних заходів. У США з цією метою створено 196 центрів психологічного лікування ПТСР. У таких центрах працюють не тільки фахівці, але і самі ветерани. До теперішнього часу через них пройшло близько 700 тисяч ветеранів та 200 тисяч членів їх сімей [22].

Одним із ініціаторів психотерапевтичного напрямку в реабілітації льотної складу з захворюваннями і порушеннями психогенної природи є Л. Гримак, який розробив метод психічної саморегуляції (ПСР) використовується, по-перше, для корекції функціонального стану льотної складу при наявності помірно психоневротичної симптоматики (порушення сну, високий рівень тривожності, емоційне напруження, зниження настрою), по-друге, для підвищення рівня функціональних (психорегулювальних) можливостей здорового льотної складу з метою запобігання розвитку явищ перевтоми [255].

Щодо України, прес-служба Міністерства оборони України повідомляє, що на лікуванні і контролі в закладах охорони здоров'я Міноборони знаходяться 72 військовослужбовця Збройних Сил України та 2 військовослужбовця інших військових формувань. Усього з початку року реабілітаційне лікування пройшло понад 117 учасників АТО; 16 поранених українських військовослужбовців проходять лікування за кордоном, з них 10 – у Німеччині, 4 – у США, по одному – в Польщі і Латвії [87].

Згідно з даними Міністерства закордонних справ (МЗС), «в медичних закладах за кордоном перебуває понад 100 військовослужбовців, з яких 73 – у Польщі, 11 – в Ізраїлі, 16 – у Німеччині, 8 – у Хорватії, 6 – у Литві, 5 – в Об'єднаних Арабських Еміратах, 4 – у США, 4 – у Словаччині, 3 – в Естонії, 3 – в Угорщині, 2 – в Австрії, 1 – в Латвії» [132].

За даними Міністерства оборони України, близько 1,8 тис. бійців АТО проходять психологічну реабілітацію в профільних центрах на базі військових госпіталів для ветеранів Другої світової війни. Міністерство оборони веде активні переговори з логістичними структурами НАТО щодо надання допомоги з обладнанням нових відділень медичної реабілітації для бійців АТО.

Для медичної реабілітації створено два реабілітаційні відділення у Львівському та Ірпінському військово-медичних клінічних центрах. Бійцям надають допомогу у військових санаторіях «Трускавецький», «Пуща-Водиця». Створено центр реабілітації на базі Центрального військово-клінічного санаторію «Хмільник» [31].

Цікавим та доволі інформативним, у контексті нашого дослідження, вважаємо досвід апробації розробленої програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, демобілізованих на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України». Зокрема, з'ясовано, що термін перебування військовослужбовців у Центрі становить 24 доби. Принципами програми реабілітації Л. Литвиненко [192] визначила такі:

- принцип максимального синергічного співробітництва: лікар–пацієнт–психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї);
  - принцип багаторівневого характеру саногенних заходів;
  - принцип послідовності й етапності проведення заходів;
  - принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;
- принцип погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу.

Надаючи медико-психологічну допомогу військовослужбовцям та демобілізованим, які перебували на реабілітації, психологи ставили перед собою дві принципові задачі: зменшення проявів емоційної напруги, яка характерна для бійців на початку програми; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможлиблює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення психоемоційного балансу; підготовка до психосоціальної адаптації.

В цілому програма медико-психологічної реабілітації була розрахована на три етапи: початковий, психологічний (основний) та заключний. Зокрема, початковий (тривалість 2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту, метою якого було створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування. У поліклініці Центру військовослужбовців реєстрували і проводили первинний лікарський огляд. Лікарі проводили структуроване діагностичне інтерв'ю (збирали анамнез, звертаючи особливу увагу на соматичні скарги). У стаціонарі за кожним пацієнтом закріплювався лікар, який визначав індивідуальну лікувально-реабілітаційну програму на основі мультидисциплінарного обговорення, відстежував динаміку стану пацієнта, вів історію хвороби.

Психологічний етап, основний (триває 20–22 доби) – на цьому етапі цілеспрямовано використовували конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою, а саме проводили психоедукацію, мета якої декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на

ненормальну подію). Велике значення надавалося формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню комбатантів базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції. Заключний етап (2–3 доби) – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводили завершальну індивідуальну сесію, а також завершення всіх інших лікувальних заходів.

Повністю підтримуємо думку Л. Литвиненко [192] в тому, що розробка програм медико-психологічної реабілітації має перетворитися на першочергове завдання державної політики у галузі медицини і психології. У нашому розумінні, установи, що вже мають досвід такої практичної роботи, повинні консолідувати зусилля з метою створення програм медико-психологічної реабілітації на основі проведення багатоаспектних досліджень у практичному напрямку.

#### **1.4. Соціальна, педагогічна, акмеологічна, медична та психологічна реабілітація військовослужбовців, які виконували бойові завдання**

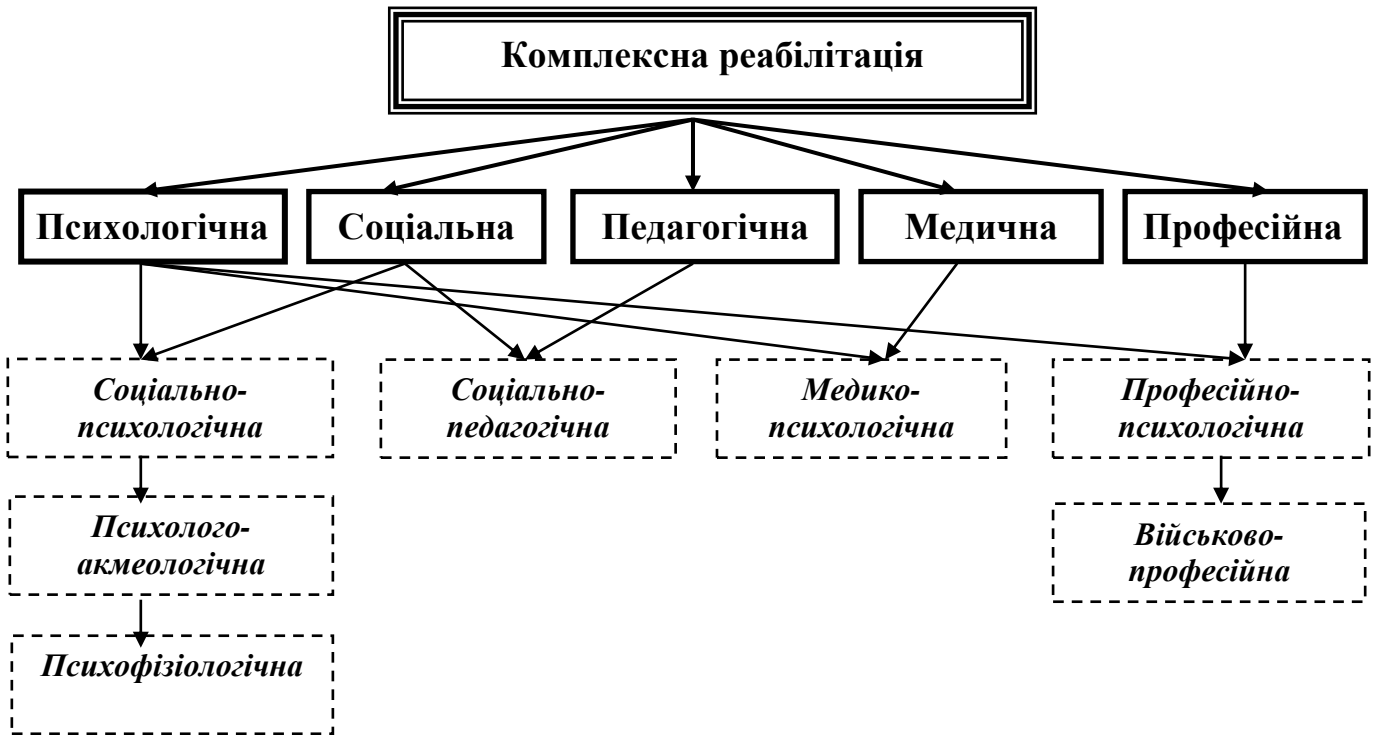
Враховуючи багатоплановість завдань реабілітації, її розподіляють на так звані види, аспекти або складові. Якщо диференціювати окремі етапи реабілітації, в тому розумінні, як це прийнято на Заході, то слід розрізнити два основних: медичну (лікувальну) реабілітацію та соціально-професійну [116]. Ми спробували проаналізувати різні наукові підходи щодо визначення складових (видів) реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Наукові підходи до визначення складових реабілітації  
військовослужбовців учасників бойових дій**

<b>Автори</b>	<b>Складові (види) реабілітації</b>
Н. Алалікіна	Психологічна, професійна, соціальна [4].
В. Білий, М. Бойчак, Л. Голик	Медична, психологічна, професійна, екстрена [316]
А. Бурлак	Медична, фізична, професійна, соціально-економічна [83]
О. Буряк, М. Гіневський, Г. Катеруша	Медична, психологічна, професійна, соціальна [86]
А. Денисов	Соціетальна, медична, військово-професійна, психологічна [116]
А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко	Превентивна, клінічна, функціональна, психологічна [126]
О. Караяні	Медична, професійна, соціальна, психологічна [158]
О. Коржиков	Соціальна, медико-психотерапевтична, психологічна [175]
О. Серповська	Медична, педагогічна, професійна, психологічна, соціально-культурна [292]

Варто зазначити, що більшість зарубіжних і вітчизняних фахівців відзначають психологічний і медичний види реабілітації. У процесі дослідження нами було встановлено, що реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій передбачає наявність чотирьох основних складових (видів) – психологічної, медичної, соціальної і професійної. Окрім цього, ці види можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові дефініції в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, ситуації, в яку потрапив комбатант, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів (рис. 1.1).



*Рис. 1.1. Види реабілітації у складі комплексної реабілітації*

Охарактеризуємо кожний вид. У Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [217] психологічна реабілітація є системою заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи (військовослужбовця), створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості. У тому ж Положенні психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) являє собою комплекс заходів психологічного характеру, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних та психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які були піддані впливу психотравмуючих чинників та постраждали внаслідок цього, а також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службових обов'язків. Термінологічний словник-довідник менеджера

охорони здоров'я представляє психологічну реабілітацію військовослужбовців як заходи щодо своєчасної профілактики і лікування психічних порушень; формування у військовослужбовців свідомої і активної участі в реабілітаційному процесі [316].

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «психологічна реабілітація». Зокрема, на думку Н. Алалікіної, в узагальненому вигляді психологічна реабілітація, є психічним відновленням колишньої орієнтації після ситуацій, які спричинили почуття тривожності та страху [4, с. 27]. Як доводить О. Жаданюк, психологічна реабілітація – це система психологічних, психолого-педагогічних, соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму [129, с. 134]. У розумінні В. Березовця, «психологічна реабілітація полягає в процесі повного або часткового повернення особистості до психічного здоров'я за допомогою психологічних методів впливу» [22, с. 77]. Нам імпонує думка А. Денисова, який вважає, що психологічна реабілітація спрямована на створення нормально комфортного психологічного клімату для людей, які перенесли у своєму житті травматичний шок [116, с. 34]. У свою чергу Л. Литвиненко трактує психологічну реабілітацію військовослужбовців як специфічний вид психологічної допомоги, що надається воїнам, ветеранам бойових дій із гострими чи хронічними адаптаційними розладами [192, с. 40].

Поділяємо позицію В. Могильова [210] стосовно того, що психологічна реабілітація є системою спеціальних заходів, за рахунок яких відбувається відновлення різних видів психічної діяльності, психічних функцій, якостей і утворень, що дають змогу інваліду успішно адаптуватися в середовищі і суспільстві, приймати і виконувати відповідні соціальні ролі, досягати високого рівня самореалізації. Методичний апарат психологічної реабілітації передбачає проведення заходів з психологічного консультування, психотерапії, психокорекції та психологічних тренінгів. Доволі часто

виникає необхідність у заходах, спрямованих на зняття тривоги, невротичних реакцій, формування адекватного ставлення до захворювання, до тих реабілітаційних заходів, які визначені з урахуванням всього комплексу клінічних, соціальних і економічних чинників [210, с. 12].

У дисертаційному дослідженні Н. Алаликіної психологічна реабілітація представлена як аспект соціально-психологічної адаптації, як допомога особистості на всіх етапах формування нової системи значущих відносин: від виникнення первинного розладу й усвідомлення у формі негативно значущих відносин до формування позитивно значущих відносин особистості до себе як частини світу в минулому, сьогоденні і майбутньому свого життя. Основним компонентом психологічної реабілітації є психічна переадаптація [4, с. 45].

Цікавою у контексті нашого дослідження є позиція О. Караяні, який розуміє психологічну реабілітацію як діяльність, що здійснюють суб'єкти психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дають йому змогу успішно вирішувати бойові завдання і функціонувати в мирному соціумі. Тобто її об'єктом є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або може бути відстрочена в часі [158].

Актуальним є підхід А. Денисова [116], який через призму системного підходу розглядає категорію психологічної реабілітації як систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму. Вона також є невід'ємною складовою загальної реабілітації. У той же час, автор переконаний, що психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Її сутність полягає у здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки. За допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити



витрачену енергію і, тим самим, суттєво вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму [116, с. 127].

Заслуговує на особливу увагу трактування психологічної реабілітації В. Попова, який дав найбільш коректне, на нашу думку, визначення. Так, у широкому сенсі, під психологічною реабілітацією після екстремальних впливів дослідник розуміє відновлення здібностей дисгармонійно розвиненої особистості до діяльності в неекстремальних умовах. У вузькому – це психологічна реабілітація після екстремальних впливів – це спільна діяльність психолога і дисгармонійної особистості, спрямована на гармонізацію розвитку особистості і задоволення її потреб у самоствердженні [256, с. 11–12]. Вчений запропонував методикку психологічної реабілітації при тривалій вторинній дезадаптації, що передбачає, по-перше, створення умов для очищення психіки від слідів первинної дезадаптації, по-друге, формування навичок неекстремальної поведінки (точніше актуалізація та вдосконалення старих навичок), по-третє, створення умов для саморозкриття життєвих перспектив особистості (неекстремальне планування життя).

Слід констатувати, що мета психологічної реабілітації покликана відновити психічне здоров'я і соціальну поведінку особистості в суспільстві. Залежно від глибини ПТСР та індивідуальних особливостей військовослужбовців науковці [158] визначають завдання психологічної реабілітації. До найвагоміших віднесено:

- 1) повернення військовослужбовців до бойового строю;
- 2) підготовка до активної професійної діяльності та перехід на вищий рівень;
- 3) підготовка до життя в умовах мирного суспільства;
- 4) повернення бажання жити, не допускаючи при цьому емоційно-психічних зривів;
- 5) формування мотивації до висхідної мобільності в нових умовах;
- 6) нормалізація психічного стану;
- 7) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;

8) гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісної ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);

9) надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особами і групами.

Процес психологічної реабілітації передбачає, на думку В. Попова, низку послідовних етапів, а саме:

1) вступний етап, на якому відбувається взаємна адаптація психолога і пацієнта, визначаються цілі та характер взаємодії щодо їх спільної діяльності;

2) підготовчий етап передбачає навчання пацієнта навичкам саморегуляції та роботи зі зміненими станами свідомості. У результаті досягається той психічний стан, який стане фоном для досягнення цілей наступного етапу;

3) катарсичний етап. Після завершення психологічної підготовки пацієнта у нього провокується катарсис. Емоційне відреагування стану вторинної дезадаптації призводить до того, що механізм психічної регресії отримує можливість своєї реалізації на всьому протязі життєвого шляху особистості. При цьому психічні процеси, викликані катарсисом, не зачіпають форми сформованих стереотипів поведінки, а змінюють їх емоційне наповнення;

4) етап усвідомлення неадекватності екстремальної поведінки. На цьому етапі пацієнт спільно з психологом обговорюють найбільш типові форми поведінки пацієнта на прикладі життєвих ситуацій, що сталися після катарсису. В результаті відсутності колишнього екстремально-емоційного наповнення всіх форм поведінки створюються передумови усвідомлення його неадекватності і формується мотивація на корекцію;

5) етап формування навичок поведінки здійснюється шляхом соціально-психологічного тренінгу в спеціально підібраних групах. Апробування нових навичок в умовах гри полегшує пацієнтові завдання формування орієнтовної основи нової поведінки;

б) етап визначення життєвих перспектив (інсайту). Після перших вдалих спроб застосування нової поведінки пацієнта в реальному житті психолог допомагає, створюючи умови для раптового пізнання своєї життєвої перспективи, формується новий особистісний сенс;

7) етап підтримувальних заходів передбачає періодичне психологічне консультування пацієнта [256, с. 20–21].

При організації психореабілітаційних заходів суттєве значення має фактор часу. Чим раніше після виходу з екстремальних умов починається психологічна реабілітація, тим більший ефект можна очікувати від її проведення [256, с. 22].

На думку А. Бурлака, психологічний аспект реабілітації передбачає вивчення характеру й вираженості психічних порушень і їх своєчасну корекцію. Однак і при нормальному психічному стані особливості особистості й установки хворого суттєво впливають на його відношення до лікування, лікарських рекомендацій, реабілітаційних заходів, визначають рівень соціальної активності хворого у подальшому [83.]

Повністю підтримуємо думку психологів [158] у тому, що психологічна реабілітація може бути як складовою соціально-психологічної реадaptaції, що стосується допомоги особам з симптомами психічних дисгармоній, а може виступати і як самостійна діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій, бойових можливостей і особистісних якостей учасників бойових дій, які отримали бойову психологічну травму, в інтересах їх швидкого повернення до бойового строю.

Слід також враховувати, що психологічна реабілітація є важливим статутним елементом психологічної роботи в сучасних умовах діяльності військ. Така робота «забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, сприяє попередженню інвалідності, дає змогу відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми» [129, с. 137].

Інколи психологічну реабілітацію підмінюють терміном «*психічна реабілітація*» (від лат. *re* – знову, *habilis* – зручний, пристосований), яка у психологічному словнику являє собою систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціально-трудоного статусу хворих та інвалідів, а також осіб, які перенесли захворювання, отримали психічну травму в результаті різкої зміни соціальних відносин, умов життя тощо. В основі психічної реабілітації покладено уявлення про хворобу як про руйнівний процес в організмі людини, що характеризується не тільки поганим фізичним самопочуттям, але і зміною особистості, зрушеннями в емоційній сфері. Зокрема, як доводять фахівці [262], повернення до здоров'я, з точки зору психологічного підходу, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби тощо.

Для розуміння сутності психологічної реабілітації необхідно визначити її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. У цьому контексті видається евристичною позиція О. Караяні [158], при якій психологічна реабілітація розглядається як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що передбачає медичну, професійну, соціальну та психологічну види. При цьому названі види реабілітації взаємодіють між собою, утворюючи нові види, до прикладу, «медико-психологічну», «професійно-психологічну», «соціально-психологічну», «психолого-акмеологічну» реабілітації. Зупинимося більш докладно на тлумаченні *медико-психологічної реабілітації*, яка на законодавчому рівні представлена як комплекс медичних, психологічних, загальних оздоровчих заходів, які здійснюються з метою відновлення здоров'я та корекції психофізіологічних функцій, отримання оптимального рівня боєздатності (працездатності) військовослужбовців, а також створення сприятливих умов для відновлення соціальної активності, розвитку та утвердження особистості [216]. Подібної позиції притримується

Л. Литвиненко, який вважає, що медико-психологічна реабілітація є системою медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму [192, с. 40].

Процедура медико-психологічної реабілітації передбачає наявність декількох етапів: психологічну діагностику і прогнозування, комплексну психологічну корекцію, а також етап тривалого спостереження і контролю. Мета психологічного вивчення – оцінка розвитку психологічних особливостей особистості, які впливають на ефективність результату реабілітації та ймовірність розвитку ПТСР. До таких характеристик А. Маклаков відносить адаптаційний потенціал особистості, що містить інформацію про особливості нервово-психічної регуляції і самооцінки особистості, говорить про здатність комбатанта будувати взаємини з оточуючими, показує ступінь збереження морально-етичної сфери. Важливу роль відіграє і наявність соціальної підтримки з боку оточуючих і наявність мотивів діяльності на перспективу. Особи з чітко вираженим позитивним полюсом даних характеристик досить швидко повертаються до звичайного життя. У той же час у військовослужбовців з протилежними характеристиками процес реабілітації, як правило носить затяжний характер. Комплексна медико-психологічна реабілітація передбачає здійснення процедур психологічної, фармакологічної і соціальної корекції, які проводяться з метою нормалізації функціонального стану організму [198, с. 280–281].

Військові психологи [158] переконані, що медико-психологічна реабілітація передбачає мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації, купірування больових відчуттів, психологічну підготовку постраждалих до операційного втручання і в післяопераційний період. На думку М. Крамника, проведення заходів медико-психологічної реабілітації постраждалих в екстремальних ситуаціях і в тому числі учасників збройних конфліктів не

повинно обмежуватися рамками доліковування. Воно має розпочинатися на початкових стадіях формування стресових розладів для відновлення працездатності, а також попередження психологічної дезадаптації на наступних етапах життєдіяльності [179]. Російські вчені [179; 185] переконані, що між медико-психологічною та медичною реабілітацією існує тісний взаємозв'язок, причому першої найбільше потребують практично всі учасники локальних воєн.

У нашому дослідженні ми притримуємося думки М. Крамника, що «медико-психологічна реабілітація військовослужбовців з проявами ознак дезадаптації і психічних порушень є системою або комплексом заходів, спрямованих на профілактику та попередження подальшої маніфестації психічних розладів, їх хронізації, розвитку різних патологічних процесів, що призводять до тимчасової або більш стійкої втрати боє і працездатності, а також на прискорене повернення військовослужбовців до професійної діяльності» [179, с. 91].

У контексті нашого дослідження цікавою є виокремлення *психолого-акмеологічної реабілітації* військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яка є складовою частиною соціальної реабілітації і найважливішим фактором у відновленні психічної рівноваги людини і передбачає здійснення різних впливів через психіку на військовослужбовців з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки [4, с. 49]. За допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити витрачену енергію і, тим самим, вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму [4, с. 50]

Нам імпонує підхід до визначення елементів психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, розроблений Н. Алаликіною [4, с. 69–70], яка вважає, що складовими є:

– по-перше, медична реабілітація, що передбачає відновлення (реабілітацію) хворих і поранених у зоні бойових дій (у тому числі

реабілітацію учасників, які отримали інвалідність унаслідок поранення, отриманого при виконанні службових обов'язків у зоні бойових дій);

– по-друге, психологічна або соціально-психологічна реабілітація, спрямована на створення або відновлення нормального психологічного клімату для осіб, які перенесли важкі психологічні травми і психічні розлади в період військової служби;

– по-третє, соціально-культурна реабілітація, зосереджена на створенні або відновленні культурно-просторового середовища, достатнього і необхідного для духовної реалізації військовослужбовців;

– по-четверте, акмеологічна реабілітація, що передбачає відновлення до максимально можливого, вершинного рівня професійної діяльності для кожного військовослужбовця;

– по-п'яте, економічна або соціально-економічна реабілітація, що допомагає відновити або підвищити економічний статус військовослужбовців;

– по-шосте, соціально-моральна реабілітація, що відновлює репутацію, честь та гідність об'єкта реабілітації в очах громадськості, а також створює позитивний образ учасника бойових дій як захисника Вітчизни.

Ще один вид реабілітації – *психофізіологічна*, яку у своєму дослідженні виділяє Ю. Шанін [204]. Автор вважає її частиною загальної системи реабілітації. На її важливості для сучасних Збройних Сил наголошує А. Боченков [37], пояснюючи це збільшенням психічних і фізичних навантажень на військовослужбовців у процесі здійснення військово-професійної діяльності. Під психофізіологічної реабілітацією Ю. Шанін розуміє систему медико-психологічних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей постраждалих (реконвалесцентів), що забезпечують військово-професійну працездатність. Об'єктом психофізіологічної реабілітації є військовослужбовці, які перенесли

захворювання з тимчасовою втратою працездатності, а також отримали травми і поранення при виконанні професійних обов'язків [204].

Проведений аналіз існуючих підходів до розуміння сутності та особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, дає змогу зробити узагальнення. По-перше, поняття реабілітації охоплює переважно психологічну сферу (зменшення проявів деструктивних емоційних станів, відновлення нормального психоемоційного стану, саморегуляція, само терапія, саморозвиток). По-друге, форми, методи, технології і засоби реабілітаційної діяльності мають психотерапевтичний характер.

Наступним видом реабілітації військовослужбовців ми визначили «соціальну реабілітацію», яка є важливою складовою «соціальної політики», одним із її видів (напрямів), галуззю владних відносин, що реалізуються державою та різними політичними інститутами [116]. Під соціальною реабілітацією Н. Алаликіна розуміє «комплекс психолого-педагогічних, соціальних, соціально-економічних та інших заходів, спрямованих на усунення або компенсацію обмежень життєдіяльності. Це один із напрямів соціальної політики, пов'язаних із відновленням з боку держави функцій захисту соціальних прав і гарантій тих громадян країни, які брали участь у військових конфліктах як всередині країни («гарячі точки»), так і поза нею в складі армії, в якості військових фахівців або радників, а також з відновленням у суспільній свідомості позитивного образу воїна – учасника бойових дій» [4, с. 67]. Дослідники [4; 116] пов'язують соціальну реабілітацію з категорією «соціального», тобто тим, що охоплює всі явища суспільної життєдіяльності – культурну, трудову, економічну, медичну, професійну сторони тощо. Тим самим соціальна реабілітація є не просто одним із напрямів соціальної політики держави, але і повинна стати пріоритетним.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що однією зі складових соціальної реабілітації виступає відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального



процесу. До прикладу, А. Денисов визначає «соціальну реабілітацію на регіональному (місцевому) рівні як сукупність економічних, медичних, соціальних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення і розвиток усіх умов нормальної соціальної життєдіяльності учасників бойових дій» [116, с. 38].

Цікавою є думка Е. Зборовського щодо трактування соціальної реабілітації як системи заходів, що забезпечують покращення рівня і якості життя реабілітованих, створення для них рівних можливостей для повної участі в житті суспільства. Соціальна реабілітація орієнтована на навчання реабілітанта навичкам самообслуговування і забезпечення незалежності методами ерготерапії, педагогічними, психологічними, технічними засобами, включаючи матеріальну допомогу, створення безбар'єрного середовища, фінансування тощо [136].

У дисертаційному дослідженні В. Біловодського [20] соціальна реабілітація військовослужбовців зводиться виключно до поняття *соціально-психологічної реабілітації*. Для розгляду цього виду реабілітації необхідно звернутися до праць вітчизняного дослідника В. Лескова, який з'ясував, що «соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій» – це система психологічних, педагогічних і соціальних заходів, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, які отримали психічну травму. Основними завданнями соціально-психологічної реабілітації вчений визначив такі: визначення ступеня та характеру розладів психіки, індивідуально-особистісних особливостей поведінки військовослужбовців; оцінка інтелектуальних, перцептивних, емоційних, вольових можливостей військовослужбовців, рівня їх працездатності; визначення необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічної напруженості до рівня, що відповідає оптимальній працездатності, усунення негативних психічних виявів за допомогою комплексного використання психологічних, психотерапевтичних, медичних та

фізіологічних методів; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців» [188, с. 7].

Слід також враховувати той факт, що успішна соціально-психологічна реабілітація залежить від чинників сімейного благополуччя, так як зміна відносин у сім'ї впливає на ефективність психологічної допомоги, а бажання проявити себе у творчості є однією з форм самореалізації особистості, що компенсує брак розуміння і співчуття у звичайному житті [292, с. 15].

«Соціально-психологічна реабілітація забезпечує нормальне існування особистості в соціумі, запобігає її деградації» – переконливо доводить В. Березовець [22, с. 4] Дослідник наголошує, що «ефективна соціально-психологічна реабілітація передбачає повне «викорінення війни» в самосвідомості ветерана і повернення його до довоєнного психологічного стану» [22, с. 98]. Зокрема, на думку зарубіжних дослідників О. Іванова і Н. Жуматій [140], соціально-психологічна реабілітація поранених передбачає комплекс психологічних заходів і систему соціальної діяльності, спрямовані на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність.

Основні завдання соціально-психологічної реабілітації спрямовані на:

- оцінку психофізіологічного стану потерпілих, визначення якості і ступеня психоемоційного розладу;
- визначення оптимальних шляхів і методів психологічного впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності;
- формування оптимальної психологічної реакції на перебіг і наслідки поранення;
- вивчення динаміки психічних порушень у процесі лікування;

- оцінку фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності, зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності та відновлення втрачених психічних функцій;

- корекцію психосоматичного статусу методами психотерапевтичних, психофізіологічних і психофармакологічних впливів;

- здійснення професійної реабілітації, а при необхідності – професійної переорієнтації;

- корекцію самосвідомості, самооцінки і самопочуття;

- надання допомоги в підготовці до повторних хірургічних операцій і купірування больових відчуттів [140].

Цікавою, у контексті нашого дослідження, є позиція О. Коржикова [175], який з упевненістю стверджує та аргументовано доводить, що «соціально-психологічна реабілітація в цілому, її ефективність і адекватність у наближеній і віддаленій часовій перспективі залежать не тільки від рівня функціонування організму і наявності фізіологічних резервів, але і від психологічних особливостей особистості» [175, с. 109]. Науковець переконаний, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців має свої обмеження і особливості. Крім того, як система, вона також «передбачає медичні, соціальні та психологічні аспекти, а її мета підпорядкована збереженню боєготовності солдатів і офіцерів на високому рівні» [175, с. 110].

Говорячи про процес реабілітації військовослужбовців, які отримали психічні травми, А. Денисов виокремлює *соціетальну реабілітацію*, пояснюючи це поняття тим, що людина – істота соціальна, особливу значимість для неї мають події суспільного життя і найближче оточення – соціальний фактор. Тому соціетальна реабілітація є однією з найважливіших у системі загальної реабілітації. Такий психосоціальний вплив, його значущість визначають участь у реабілітації не тільки медичних працівників, але і командирів, і товаришів по службі військовослужбовця. Ще в період служби

необхідно звертати увагу на підтримку в підрозділах здорового соціально-психологічного клімату [116, с. 124].

На цьому етапі соціетальна реабілітація військовослужбовця визначається характером його взаємовідносин у колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки в процесі службової діяльності, виразністю інтересів. Соціетальний вплив спрямовується на коригування у людини світогляду і ставлення до життя, активізацію суспільних ідеалів. Зрозуміло, це здійснюється за допомогою психосоціального механізму, найчастіше через проведення групової терапії, стимулювання соціальної активності, зайнятості суспільно значущими справами (роботою). Відчутно позначається на соціетальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання листів, газет, журналів, прослуховування радіопередач тощо. Вирішенню цих завдань активно сприяє організаційно-виховна діяльність командирів [116].

У складі комплексної реабілітації ми виокремили *педагогічну реабілітацію*, яка, на думку В. Шпак [347], передбачає встановлення довірливих взаємин, створення ситуації успіху, формування позитивної самооцінки, мотивації досягнення, надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування, підвищення рівня саморегуляції.

У ході наукової діяльності Є. Федак дійшов важливих висновків. Передусім він з'ясував, що сутність педагогічної реабілітації військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання, полягає у здійсненні відповідальними посадовими особами і фахівцями доцільної діяльності, що передбачає створення умов для відновлення потенціалу природного розвитку духовних і моральних сил індивіда і здійснюється на принципі поваги до особистості, здатної до самовиховання, самоосвіти і саморозвитку. У найбільш загальному контексті, така діяльність спрямована на формування специфічних установок, відновлення порушених зв'язків і відносин з первинним колективом, сім'єю і середовищем неформального

спілкування. Зміни очікуються в результаті використання в діяльності взаємопов'язаних педагогічних методів діагностування, проектування, програмування і корекції об'єктивних умов життєдіяльності. При цьому важливу роль відіграє активна діяльність фахівця, який проводить діагностику і здійснює їх корекцію. З іншого боку, головне місце відводиться провідній активності військовослужбовця, без якої реабілітаційний результат неможливо досягнути [328, с. 13–14].

У найбільш загальному контексті зміст педагогічної реабілітації військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання, передбачає, на думку Є. Федака, «дієву систему взаємообумовлених і взаємопов'язаних соціально-педагогічних заходів, спрямованих на формування оптимальних і адекватних особливостей особистості об'єктивних умов життєдіяльності, а також усунення проблем у реадaptaції особистості і її ідентифікації як соціальної істоти, що містить цілі, завдання, визначені суб'єкти та об'єкти, результати і зворотні зв'язки» [328, с. 14].

Поєднання соціальної і педагогічної видів реабілітації утворюють *соціально-педагогічну реабілітацію*, яка, у свою чергу, передбачає роботу з попередження соціальних відхилень, що здійснюється в процесі тривалих, цілеспрямованих, систематичних педагогічних впливів. Це поняття поглиблюється залежно від ступеня вивченості різних соціальних, психологічних і соціально-педагогічних явищ [210]. На думку В. Могільова, соціально-педагогічна реабілітація являє собою процес взаємодії педагога-реабілітолога і клієнта, спрямований на створення умов, що сприяють вирішенню тих проблем останнього, які пов'язані з обмеженням можливостей його соціалізації. Кінцевою метою соціально-педагогічної реабілітації дослідник визначає соціальну адаптацію та інтеграцію людини в суспільство [там само, с. 28].

Слід констатувати, що метою соціально-педагогічної реабілітації колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, є підвищення рівня соціальної захищеності, їх інтеграції у суспільство шляхом створення умов

щодо реалізації особистісного потенціалу, на основі зміцнення або розвитку нових соціальних і професійних зв'язків [210, с. 36]. Процес соціально-педагогічної реабілітації інвалідів спрямований на виникнення нової, більш сприятливої соціальної ситуації розвитку. Соціально-педагогічна реабілітація спрямована на створення умов, які сприяють вирішенню соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання, травми, каліцтва, поранення. Таким чином, її розглядають як процес подолання несприятливих впливів, що зустрічаються в скрутних життєвих ситуаціях [там само, с. 29–30]. Слід враховувати той факт, що соціально-педагогічна реабілітація є частиною поняття «соціальна допомога». Інваліди особливо потребують такої допомоги, так як можливості їх соціалізації доволі обмежені [210].

У нашому дослідженні ми притримуємося думки В. Могільова [там само], що провідною ланкою процесу соціально-педагогічної реабілітації є раціональна організація діяльності і відносин, спрямована на формування позитивного соціального досвіду. Умовою ефективності соціально-педагогічної реабілітації є створення системи методів і засобів виховання внутрішнього механізму саморегуляції, що забезпечує захищеність особистості, з урахуванням всієї складності виявлених відхилень і реалізованої спільними зусиллями педагогів, психологів, медичних працівників.

Зупинимося на розгляді та аналізі *медичної реабілітації*, яка є важливою складовою комплексної реабілітації. У Термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я [316], медична реабілітація військовослужбовців трактується як система медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, швидше відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та раннє повернення їх до професійної діяльності.

На думку фахівців [83, с. 80], медичний аспект реабілітації представляє собою комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення і розвиток фізіологічних функцій хворого, на виявлення його компенсаторних можливостей для того, щоб створити у подальшому умови для повернення

його до активного самостійного життя. Цей аспект реабілітації пов'язаний з лікувальними заходами на протязі всього спостереження за хворим і передбачає ранню госпіталізацію.

Медична реабілітація по своїй суті дуже близька до терапії. Однак, на відміну від реабілітації, головне завдання лікування передбачає медико-біологічне відновлення організму, а основною метою медичної реабілітації, дослідники [210, с. 12; 244, с. 64] визначили медико-соціальне відновлення на основі певної діяльності, спрямованої на відновлення або компенсацію втрачених і порушених функцій, проведення різних лікувальних і коригувальних заходів, що пристосовують людей до життя, військової служби та суспільно-корисної діяльності

Вивчаючи зміст реабілітації військовослужбовців учасників військових конфліктів, А. Денисов [116, с. 34] дійшов висновку, що медична реабілітація передбачає відновлення фізичного і психічного здоров'я і потенціалу людини або певної соціальної групи, що були пошкоджені в результаті сильного зовнішнього впливу. Вона повинна починатися в процесі лікування, як тільки дозволяє загальний стан хворого. Реабілітація, наприклад, психічно хворих повинна починатися з моменту їх першого контакту з медичним персоналом, з початком їх лікування.

Зокрема, як справедливо зазначає А. Денисов [116], у випадках, коли військовослужбовці отримують доволі серйозні травми, до них застосовують заходи медичної реабілітації. Надання першої медичної допомоги в бойовій обстановці і є початком медичної реабілітації. Навіть короткочасне поліпшення стану військовослужбовців полегшує контакт з ними, підвищує їхню віру в покращення стану і одужання. Значущість медичних заходів у відновленні психічної рівноваги полягає не тільки в застосуванні психотропних засобів, що нормалізують емоційну сферу людини, створюючи умови для швидкого і конструктивного впливу на психологічні стани. Суттєву роль у профілактиці психічних розладів у військовослужбовців відіграють такі елементи медичної реабілітації, як повноцінне і раціональне харчування,

турбота про стан здоров'я особового складу, дотримання елементарних гігієнічних норм тощо. При наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям з травмованою психікою в лікувальних установах застосовуються медикаментозна терапія, фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж тощо.

З позиції військової медицини (А. Маклаков, С. Чермянин, Є. Шустов) [198] доведено, що найбільш актуальним є прогнозування станів практично здорових людей при різних умовах діяльності, в тому, числі і екстремальних. Розв'язання даного завдання здійснюється, як правило, в рамках фізіології. При цьому практично не враховуються особистісні характеристики, хоча роль індивідуально-психологічних особливостей особистості для збереження здоров'я доволі вагома.

Медична реабілітація пов'язана з *фізичною*, спрямованою на відновлення фізичної працездатності, що забезпечується своєчасною й адекватною активізацією хворих, раннім призначенням лікувальної гімнастики, лікувальної фізичної культури (ЛФК), дозованим ходінням, а у більш пізній період – фізичними тренуваннями (контрольованими і неконтрольованими). Фізичний аспект реабілітації займає особливе місце у системі реабілітації, оскільки відновлення здібності хворих задовільно справлятися з фізичними навантаженнями, що зустрічаються у повсякденному житті і на виробництві, складає основу всієї системи реабілітації [83, с. 80].

Ми переконані, що комплексна реабілітація військовослужбовців буде проходити ефективніше за умови врахування *професійної реабілітації*, яка у термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я [316] подається як комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Професійний аспект реабілітації передбачає розв'язання питань, пов'язаних з працевлаштуванням, професійним навчанням і перенавчанням, визначенням працездатності реабілітованих [83]. Професійна реабілітація, на



думку А. Денисова, може іноді починатися на завершальному етапі лікування, доповнюючи його. Вона може здійснюватися і як самостійний етап, після закінчення лікування, з метою відновлення професійних можливостей хворого або його перекваліфікації.

У своєму дисертаційному дослідженні А. Денисов виділяє ще один вид реабілітації – *військово-професійну реабілітацію*, яка передбачає вживання заходів щодо відновлення в найкоротші терміни після травмування психіки військовослужбовців їх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості професійної реабілітації військовослужбовців, здійснюється їх перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація) [116, с. 126].

*Професійно-психологічна реабілітація* спрямована на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності. У свою чергу, соціально-психологічна реабілітація орієнтується на створення навколо ветеранів бойових дій реабілітуючого соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрної архітектури в містобудуванні та транспорті (бордюри, апарелі, ліфти тощо) обов'язкової реалізації потребує принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві [158].

Слід зазначити, що окрім названих вище видів реабілітації виділяють, до прикладу, екстрену реабілітацію, що передбачає комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань [316].

У практичному аспекті, як доводить А. Бурлак [83], соціально-економічна реабілітація зосереджена на взаємовідносинах тих, кого

реабілітують, із суспільством, сім'єю; пенсійним забезпеченням. Професійна і соціально-економічна реабілітація полягає в тому, щоб повернути реабілітованому економічну незалежність і соціальну повноцінність. Ці завдання вирішуються не тільки медиками (лікуючими лікарями, психологами), але і установами соціального забезпечення, центрами реабілітації. У зазначеному контексті повністю поділяємо думку А. Бурлак [83] стосовно того, що лише комплексне розв'язання всіх аспектів реабілітації може забезпечити ефективність системи реабілітації у цілому.

Підсумовуючи акцентуємо увагу на тому, що усі види реабілітаційної діяльності з комбатантами є доволі вагомими, однак лише усі вони в комплексі можуть забезпечити ефективність системи реабілітації у цілому. З'ясовано, що завдання реабілітаційної діяльності вирішуються компетентними фахівцями в установах соціального забезпечення та центрами реабілітації.

## РОЗДІЛ 2

# НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ

### 2.1. Сутність і зміст бойового стресу та обґрунтування потреби у стресостійкій поведінці

Професійна діяльність військовослужбовців відрізняється від інших категорій праці постійною нервово-психічною й емоційною напругою, обумовленою як змістом, так і умовами роботи. Військові є представниками стресогенної професії, саме тому виникає потреба у аналізі основних підходів науковців до самої дефініції «стрес». Цей термін об'єднує широке коло явищ, пов'язаних із його зародженням, особливостями розвитку, проявами та наслідками, у зв'язку з чим у нього вкладають різний зміст. Вивченням феномену стресу займаються різні науки, а саме: психологія, фізіологія, медицина тощо. Дослівно слово стрес перекладається як «напруга», і досить часто ним позначається широке коло станів людини, що виникають у відповідь на екстремальні впливи.

На сьогодні досить доволі важко визначити, хто саме із фахівців ввів термін стрес в науковий обіг. Вперше слово «стрес» у значенні потрясіння було згадано англійським поетом Р. Маннінг ще у 1903 році. У XIV столітті терміном «стрес» позначали напади болю і горя, виснаження, знемоги, стомлення [153]. У фізіологію та психологію вперше термін «стрес» увів У. Кеннон у 1932 році у своїх класичних роботах з універсальної реакції «боротися чи втікати» (англ. *fight-or-flight response*) [360].

Загальноновизнаним є введення терміну «стрес» канадським фізіологом Г. Сельє, якого вважають родоначальником теорії стресів, хоча він почав його використовувати лише у 1946 році для пояснення загальної адаптаційної напруги. Він розглядав стрес, як фізіологічну реакцію організму, яка виникає у результаті впливу фізичних, хімічних або органічних факторів; адаптивний

синдром, який мобілізує всі сторони психіки людини, вигорання – це зрив адаптації [289].

Важливо відмітити, що ще й нині не існує загальноприйнятого визначення терміну «стрес». Так, психологи дотримуються традиційного розуміння стресу як захисної реакції на негативні стимули і впливи, включаючи депривацію життєво важливих функцій [267]. Зокрема, Л. Кітаєв-Смик вважає, що стрес є станом негативної нервово-психічної напруги, яка виникає як відповідь на складні життєві ситуації. Стрес необхідний у житті людини, він допомагає пристосуватися до нових умов, впливає на працездатність, творчість, сприяє подоланню перешкод на життєвому шляху, дає змогу мобілізувати власні сили й ставати впевненим у собі [162]. Американський психолог Р. Лазарус розглядає стрес як загрозу, передбачення людиною майбутнього зіткнення з якоюсь небезпекою і вважає її ключовим механізмом розвитку емоційного стресу [378].

На основі вивчення публікації В. Семиченко встановлено, що стрес (від англ. *stress* – напруга) – це стан психічної напруги, що виникає у людини під впливом сильних впливів. Він може як позитивно, так і негативно впливати на життєдіяльність, аж до її повної дезорганізації [290]. Науковці С. Мальована, І. Родченко визначають стрес як «сукупність захисних фізіологічних реакцій, що виникають в організмі людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів» [274, с. 11]. Як справедливо зазначає П. Фресс, стрес – це особливий вид емоціогенних ситуацій і вживати цей термін необхідно стосовно хронічних ситуацій, що повторюються, в яких можуть з'явитися порушення адаптації [88].

У своєму дослідженні Т. Туркот пропонує під стресом розуміти емоційний стан та фізіологічні зміни в організмі, які виникають у напружених обставинах як відповідь на незвичні для людини подразники. У 1972 році Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла більш розширене визначення. А саме стрес – «це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього

вимогу» [323, с. 27]. Звертаємо увагу на те, що А. Маклаков трактує стрес як вид функціонального стану, що характеризується підвищеною фізіологічною та психічною активністю, для якого характерна крайня нестійкість. При сприятливих умовах він може трансформуватися в оптимальний стан, а при несприятливих – у стан нервово-емоційної напруженості [382], для якого характерне зниження працездатності, ефективності функціонування систем і органів, виснаження енергетичних ресурсів. Аналіз названих вище визначень дає змогу зробити висновок О. Жаданюк про те, що не будь-які вимоги середовища викликають стрес, а лише ті, які оцінюються як загрозливі, що порушують адаптацію, контроль і перешкоджають самоактуалізації [129].

Через неоднозначність трактування поняття «стрес» інколи його заміняють іншим термінам, таким як «психічна напруженість», «операційна і емоційна напруженість», «емоційна напруга», «нервово-психічне напруження», «психоемоційна напруга» тощо. У свою чергу ми будемо дотримуватися традиційного розуміння *стресу як загальної захисної реакції організму на негативні впливи середовища*.

Для більш повного та всебічного розуміння сутності наукової дефініції «стрес» розглянемо основні теоретичні засади, представлені різними теоріями, концепціями та моделями (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

### Характеристика теоретичних засад стресу

Теоретичні засади стресу	Характеристика ключових елементів
<b>Теорії</b>	
Психоаналітична теорія З. Фрейда	Військовий невроз як стан его-конфлікту між «колишнім мирним его солдата і новим його войовничим его»
Адаптаційна теорія А. Кардінера	Психічні явища з точки зору адаптації, яку розуміють як «серію маневрів» у відповідь на зміни навколишнього оточення

<b>Концепції</b>	
Концепція синдрому стресової реакції (stress response syndromes – S.R.S.) М. Горовца	Стрес-фактор є стресовою подією, що стала причиною психічної травми. Суть концепції полягає в тому, що людина знаходиться в стані стресу або періодично повертається до нього до тих пір, поки інформація про стресову (психотравмуючу) подію перероблюється. При цьому емоції розглядаються як відповідь на понятійні невідповідності (ideational incongruities) і як «мотиви до захисної, контролюючої поведінки»
Концепція посттравматичних стресових реакцій	Зосереджена на психологічних проблемах ветеранів, які розглядаються як прояв відстрочених реакцій на травматичний стрес війни (посттравматичні стресові реакції)
<b>Моделі</b>	
Інтеракціоністська модель М. Горовца, Б. Гріна, Д. Вільсона, Д. Лінді.	Подолання індивідом психотравмувального впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії комплексу чинників, а саме, характеру психотравмувальних подій, індивідуальних характеристик людини, особливостей умов, до яких ветеран потрапляє після повернення з війни

Аналіз праць науковців [29; 129; 162] дає змогу стверджувати, що стрес спричиняє появу різноманітних психологічних станів деструктивного характеру, серед яких особливо складними є посттравматичні стресові розлади, психічна травма, нервово-психічне напруження, «м'язова броня» тощо. Розглянемо суть і особливості їх прояву у військовослужбовців учасників бойових дій.

Одним із найбільш ушкоджувальних психіку чинників є *кумулятивний стрес* – це звичайний і найбільш руйнівний вид стресу, що проявляється в умовах, коли людина страждає від різноманітних особистісних, робочих і ситуаційних чинників, що викликають відчуття безвиході. Тривале перебування в зоні бойових дій поступово виснажує нервову систему, призводить до органічних змін і, тим самим, підсилює тенденцію до затяжного перебігу і маніфестації стресових розладів [7; 8]. Світовий досвід

показує, що через два місяці перебування на передовій військовослужбовець повинен бути переправлений у тил для відпочинку. В протилежному випадку він може вдатися до спроб самогубства або вчинити якісь інші неадекватні дії. На думку М. Крамника, це типовий нервовий зрив, яким зазвичай закінчується тривале перебування в стресових умовах. Перебуваючи в зоні театру військових дій, військовослужбовець не може уникнути стресу, тому йому доводиться його пригнічувати [179, с. 76].

Для початку спробуємо встановити зв'язок між стресом і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у військовослужбовців, оскільки саме вплив стресогенних факторів призводить до появи ПТСР. Симптоми бойового стресу, на думку А. Денисова, переходять у так звані «посттравматичні стресові розлади», які можуть продовжуватися десятиріччями, а інколи стають незворотними. Вони є наслідком того, що в умовах військових конфліктів у їх учасників формуються розлади психіки, які можуть мати як передхворобливий (донозологічний) стан, так і форму психічного захворювання, наприклад, бойову психічну травму [116, с. 4].

Зазначимо, що отриманий під час військової служби стрес, пізніше призведе до появи посттравматичного стресового розладу (англ. *Post traumatic stress disorder*) – «тривожного розладу, що виникає після психологічного стресу, травматичних подій, таких як стихійне лихо, нещасний випадок, війна, насильство тощо» [4, с. 18]. Явище ПТСР інколи трактують як «посттравматичний невроз», «військовий невроз», «хронічний військовий невроз», «центральный фізіоневроз», «військова втома», «бойове виснаження» тощо. У кожної особистості він проявляється по-різному, це можуть бути повторні переживання в снах, підвищена пильність і перебільшена реакція переляку, думки і образи, що постійно повертаються, ослаблення відчуття причетності до навколишнього світу.

Вивчаючи ПТСР, А. Маклаков підкреслює, що незважаючи на численні дослідження [198], до теперішнього часу немає єдиної думки про механізми виникнення цього явища. Більшість дослідників приходять до висновку, що в

основі механізму формування ПТСР лежать не тільки фізіологічні, але й психологічні особливості потерпілих.

Вперше комплексно описав симптоми військового неврозу А. Карднер. Зокрема наголошуючи, що він має як фізіологічну, так і психологічну природу. Серед основних симптомів дослідник виділив збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування; фіксацію на обставинах травмувальних подій; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [372]. До основних симптомів синдрому ПТСР В. Березовець відносить порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення до екстремальної ситуації); нездатність згадувати – амнезія на деякі події (уникнення всього того, що нагадує про найбільш екстремальні моменти); надчутливість (підвищена пильність до нового виникнення екстремальності); висока збудженість (неадекватна гіпермобілізація) [22, с. 22].

На основі аналізу досліджень О. Блінова [29], представимо основні форми прояву ПТСР:

- по-перше, ослаблення пам'яті і труднощі конкретизації уваги, постійна підвищена настороженість, думки про самогубство, почуття постійної стомленості, неспроможність концентрувати увагу, порушення сну;
- по-друге, часткова або повна соціальна дезадаптація, зловживання алкоголем, прийом наркотиків, головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади, спалахи гніву й агресії;
- по-третє, сні і нав'язливі спогади про психотравмувальні події, які іноді асоціюються з якимисьь вчинками або подіями;
- по-четверте, прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, що можуть нагадати про психотравмувальні обставини;
- по-п'яте, відчувається нездатність відтворити в пам'яті події, що супроводжували психотравмувальні ситуації та втрата інтересу до значущих раніше форм життєдіяльності (спорту, відпочинку);



– по-шосте, з'являється відчуття «укороченого майбутнього» та нездатність співпереживати іншим людям.

У контексті нашого дослідження цікавою є робота Р. Грінкер (R. Grinker) і Д. Шпігеля (J. Spiegel) «Люди під впливом стресу», в якій дослідники проаналізували найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес. До них були віднесені нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засинання, тривожність, втома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, захопленість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. Все це супроводжується зниженням апетиту, потягом до алкоголю та іншими психосоматичними симптомами [367].

Аналіз літературних джерел [2; 29; 67; 90; 111] дає підставу встановити характерні прояви посттравматичних стресових станів, найбільш поширеними серед яких є такі:

- 1) думки про самогубство, які в деяких випадках, закінчуються реальним здійсненням суїциду;
- 2) виникає потреба мати при собі зброю та з її допомогою вирішувати проблемні ситуації;
- 3) часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах;
- 4) розвивається депресія та виникає песимізм і відчуття занедбаності і непотрібності;
- 5) негативне ставлення до представників державної влади;
- 6) з'являється недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну;
- 7) відчуття нереальності того, що відбувалося на війні;
- 8) розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій, нездатність бути відкритим та щирим у спілкуванні з іншими людьми; надмірна тривожність;

- 9) підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні;
- 10) спроба знайти відповідь на запитання про те, «Чому загинули Твої друзі, а не Ти?»;
- 11) потреба зігнати на когось злість та проявити агресію за те, що був посланий на війну і за все, що там відбувалося;
- 12) потреба брати участь у небезпечних «пригодах» задля отримання гострих відчуттів;
- 13) несприйняття ветеранів інших війн;
- 14) ставлення до жінок тільки як до об'єктів сексуального задоволення.

У клініко-динамічному плані розрізняють гострі, хронічні та відстрочені ПТСР. Гострі характеризуються фіксацією на перенесену травму, зниженою реактивністю, когнітивними і вегетативними порушеннями, зміною настрою. Вони виникають слідом за припиненням безпосереднього впливу катастрофи. Подібними до гострих за своїми клінічними проявами є відстрочені ПТСР. Різниця між ними полягає лише в часі виникнення. Відстрочені розлади характеризуються певним періодом безсимптомного протікання і розвиваються через певний час після травмування, яке іноді змінюється декількома місяцями. Умовою виникнення такої реакції є наявність вторинних стресових чинників, що провокують її появу та подальший розвиток ПТСР. Гострі можуть або поступово редукувати, або перейти в хронічну форму [142].

У своєму дослідженні ми брали до уваги той факт, що відстрочені реакції на травматичний стрес бойової обстановки об'єднують у кілька груп. До першої відносять реакції, викликані повторюваними спогадами ветерана про психотравмувальний досвід бойової обстановки. До другої – реакції, що свідчать про прагнення уникати спогади про психотравмувальні події бойової обстановки і загальної психічної загальмованості. До проявів третьої групи відносять труднощі засипання і порушення сну; підвищену дратівливість, спалахи гніву, підвищену реакцію на раптові подразники і

підвищену настороженість, підвищений рівень фізіологічної реактивності на події, які асоціюються з психотравмувальними подіями [362]. Особливе місце серед відстрочених реакцій, на думку В. Березовця, займають раптові повторні переживання подій, що відбувалися в бойовій обстановці, які супроводжуються як би «вимиканням» з сьогодення [22].

Оскільки ми розглядаємо стрес у військовослужбовців учасників бойових дій, варто згадати про *бойовий стрес* – сукупність переживань, обумовлених тривалою загрозою життю в бойовій обстановці [377]. Констатуємо відсутність єдиного підходу до трактування терміну «бойовий стрес». Так, О. Жаданюк визначає бойовий стрес як «сукупність станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до бойової обстановки (до стресорів)» [129, с. 58]. У той же час Г. Кормос розглядає бойовий стрес як таку поведінку військовослужбовця в умовах війни, яка є сигналом про те, що такий військовослужбовець не здатний воювати далі [179, с. 145]. Протилежної думки притримується Р. Лаофер, він наголошує, що поняття «*військовий стрес*» більшою мірою відображає цілісний травматичний вплив бойової обстановки [377]. Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднав їх у моделі (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Моделі бойового стресу (за Г. Кормосом) [22, с. 19; 179, с. 144]**

Моделі	Зміст
1 модель («хвороби» (травматичний невроз))	Бойовий стрес є хворобою, результатом загострення в бойовій обстановці наявного раніше прихованого інтрапсихічного конфлікту. Цій моделі відповідає термін «травматичний невроз»
2 модель («витривалості» або «стійкості»)	Кожна людина має межу міцності, яка в умовах бойової обстановки швидко знижується. В даному випадку важлива не стільки роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця при травматичному неврозі стає звичайною нормою. Ця модель зосереджує увагу на терміні «бойове виснаження»
3 модель («мотиваційна»)	Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації солдата

4 модель (оточення або «військової індукції»)	Бойовий стрес є результатом комбінації зовнішніх чинників
5 модель («експериментального невроту»)	Причиною бойового стресу є внутрішній конфлікт, що виникає у солдата в бойовій обстановці, і передбачає необхідність зробити вибір між бажанням вижити і прагненням виконати свій обов'язок
6 модель («засудження»)	Бойовий стрес викликаний боягузством і небажанням військовослужбовця виконувати свій патріотичний обов'язок. Цю концепцію Г. Кормос вважав ненауковою

Відстрочені психічні реакції на бойовий стрес трактують як «сильні стресові реакції» (*gross stress reactions*), джерелом яких є ситуації, в яких індивід піддається суворим фізичним діям і екстремальному емоційному стресу [362]. До стрес-факторів бойового стресу Р. Лауфер (R. Laufer) [377] відносить схильність до впливів, що загрожують життю; схильність до насильства; участь у процесах, що супроводжуються жорстоким насильством.

Доволі цікаво класифікують стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, американські вчені [29], а саме:

1) стресори бойової обстановки (загроза життю, отримання поранень), що діють на військовослужбовців, які приймають участь у спеціальних підрозділах і виконують бойові завдання на ворожій території;

2) небойові стресори бойової обстановки (смерть солдат ворога, страх перед застосуванням ракетних ударів або атак з використанням хімічної та біологічної зброї, очікування наземних бойових дій, важкі побутові умови);

3) стресори, пов'язані з відправкою у зону бойових дій (ізоляція від родини, близьких, друзів, товаришів по службі. Особливо це стосується військовослужбовців, які призвані із запасу).

Стрес-фактори, що спричиняють появу психологічних проблем у військовослужбовців Н. Алаликіна розділяє на три групи: бойові стресори,

небойові стресори бойової зони і стресори, пов'язані з відправкою до бойової зони. До першої групи стресорів були віднесені:

- загроза життю, отримані поранення, свідоцтво смерті і поранення товаришів по службі;
- ракетні удари;
- обстріл артилерії і стрілецької зброї з боку ворога, і з боку своїх військ (помилково);
- участь у спеціальних операціях на території, окупованій противником;
- відповідальність за смерть ворожих солдатів.

Друга група представлена такими стресорами:

- свідоцтво смерті ворожих солдатів;
- страх перед застосуванням противником зброї масового ураження;
- очікування наземних бойових дій, які асоціювалися зі страхом смерті чи пораненнями;
- політика противника щодо військовополонених;
- загальні умови перебування в зоні бойових дій (соціальна ізоляція, одноманітність, погані кліматичні умови тощо).

Третя група стресорів обумовлена неочікуваною ізоляцією від сім'ї, друзів, роботи. На цьому фоні відбувається загострення психологічних проблем, пов'язаних з минулими психічними травмами, отриманими як у бойовій, так і в мирній обстановці [396]. Спостерігається тенденція, за якої психологічні проблеми більш виражені у військовослужбовців, які більшою мірою піддавалися впливу бойових стрес-факторів.

Окрім названих вище Н. Алаликіна досліджувала стрес-фактори мирного часу – це:

- 1) падіння престижу служби кадрових військових;
- 2) різке скорочення навчально-бойової діяльності армії та флоту внаслідок тривалих і гострих перебоїв у постачанні;

- 3) зниження рівня життя;
- 4) порушення законних прав військовослужбовців командирами і начальниками;
- 5) зниження якісних характеристик призовного контингенту;
- 6) непередбачуваність майбутнього багатьох кадрових військових;
- 7) зниження рівня умов, а іноді повна відсутність житла;
- 8) негативний вплив псевдоринкової економіки в стосунках між людьми (хабарництво, здирництво, здача «під найм» військовослужбовців строкової служби тощо);
- 9) підвищення можливої небезпеки нападу на окремих військовослужбовців, на віддалені пости і склади з метою оволодіння зброєю, боєприпасами, вибуховими речовинами, іншим військовим майном;
- 10) випадки загибелі або каліцтв товаришів, підлеглих;
- 11) інші фактори, що спричиняють появу психологічних травм, у тому числі пов'язані зі звільненням у запас [4, с. 82–86].

Зарубіжні фахівці переконані, у тому, що умови виникнення психічної травми у військовій обстановці подібні до мирного часу. Тобто це відбувається тому, що вимоги, які пред'являються обстановкою до індивіда, повинні бути більшими, ніж його ресурси. Відмінність має тільки кількісний характер, тому що фізичні стресори у військовій обстановці є сильнішими, ніж стресори мирного часу [2].

Досліджуючи стресогенні фактори, В. Березовець розділяє їх на дві групи – це первинні екстремальні фактори, що діють на військовослужбовців під час ведення бойових дій (реальний ризик для життя, інтенсивні фізичні та психологічні навантаження, небезпека, і вторинні, що з'являються після повернення військових «на гражданку» (негативне ставлення громадської думки до тих подій, у яких приймали участь військовослужбовці; перенесення цього ставлення на конкретних людей – військовослужбовців; відсутність реальної допомоги з боку держави у вирішенні соціальних

проблем, що виникають у військовослужбовців, що сприймається як забуття їхніх бойових заслуг) [22].

Специфічні бойові стресори мають підвищений рівень стресогенності й передбачають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичному стану військовослужбовця;
- поранення, контузії, каліцтва, радіаційне опромінення, хімічне отруєння та інші наслідки застосування бойової зброї;
- загибель близьких людей і товаришів по службі;
- муки поранених і вмираючих;
- загибель товаришів по службі і мирних громадян, у яких військовослужбовець звинувачує самого себе;
- події, в результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця;
- фізичне знищення солдат противника (особливо перший раз) [129, с. 59].

До групи неспецифічних бойових стресорів належать стресори, властиві як бойовій обстановці, так і іншим видам стресових ситуацій, а саме:

- підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя;
- тривала напружена діяльність;
- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- рідкісні та несподівані зміни умов служби і життєдіяльності;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність контактів із близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, незрозумілих для військовослужбовців [129, с. 59].

Особливо впливають на рівень прояву бойового стресу у конкретного військовослужбовця такі фактори, як: кількість перенесених їм поранень, контузій, отриманих травм, доз опромінення; обставини взяття його в полон, тривалість і умови перебування в полоні (якщо це мало місце) [129, с. 59].

Поряд з перерахованими факторами виділяються також деякі соціальні, етнічні, релігійні, сімейні та інші обставини, що додатково сприяють інтенсифікації проявів бойового стресу у військовослужбовців. До них відносять:

- а) непопулярність війни в країні, громадянином якої є військовослужбовець, який приймає участь у бойових діях;
- б) наявність у військовослужбовця негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому;
- в) незначний особистий досвід схожої поведінки з «минулого», до бойової життєдіяльності;
- г) приналежність учасника бойових дій до національності, етнічно близької до національності солдатів противника;
- д) схожість або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів противника;
- е) приналежність учасника бойових дій до військовослужбовців жіночої статі;
- ж) складна ситуація в родині військовослужбовця;
- з) складне матеріальне і соціальне становище військовослужбовця і його близьких у своїй країні [129, с. 60].

Аналізуючи психологічні наслідки впливу стрес-факторів бойової обстановки, О. Серповська прийшла до висновку, що вони суттєво ускладнюють життєдіяльність і спілкування учасників бойових дій після повернення до мирного життя [292].

Названі вище фактори, взаємодіючи між собою, впливають на характер прояву бойового стресу у різних військовослужбовців, за такими показниками:



- інтенсивністю прояву – від станів підвищеної психічної напруженості до станів, що травмують психіку;
  - переважаючим рівнем прояву – фізіологічним, психофізіологічним, психологічним;
  - ступенем усвідомленості свого стану самим військовослужбовцем;
  - переважним проявом у мотиваційній, емоційній, когнітивній, вольовій, поведінковій сфері особистості військовослужбовця;
  - ступенем підконтрольності проявів бойового стресу самому військовослужбовцю;
  - рівнем впливу на психічний стан інших військовослужбовців;
  - тривалістю прояву;
  - впливом на ступінь психічної мобілізованості військовослужбовця
- від гіпер – до гіпомобілізованості;
- характером впливу на ефективність бойової діяльності – від підвищення до зниження її ефективності [129, с. 61].

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що при достатній напруженості і тривалості стрес переростає в *психологічну (психічну) травму*, тобто вона є наслідком неспецифічної психічної реакції (надмірного стресу) на психотравмувальну ситуацію. Психічну травму розглядають як результат впливу психотравмувальних подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для індивіда. Фахівці, у цьому контексті виділяють гострі і хронічні психічні травми. «Перші є результатом однократного, надзвичайно сильного впливу, другі – багаторазово діючих слабших впливів» [287, с. 9].

Колектив науковців підходить до розгляду природи психічної травми в контексті концепції психологічного захисту, який виконує роль спонтанного усунення психічних травм, обумовлених порушенням механізмів захисту. На думку В. Березовця, «психічна травма – це стан, коли в результаті протрагованої (хронічної, часто повторюваної) або гострого афективно-інтелектуальної напруги і стресу в його якісно і кількісно різноманітних

формах виникає патогенний характер, що провокує відхилення в розгортанні психічної діяльності і фізіологічних функціях організму людини» [22, с. 57].

Варто враховувати той факт, що психотравмування може спричиняти і появу різкого *нервово-психічного напруження* (НПН) – психічного стану, обумовленого передбаченням несприятливого для людини розвитку подій. Воно супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, іноді страху, однак, на відміну від тривоги передбачає готовність опанувати ситуацію, діяти певним чином [265, с. 230].

Інколи тривале перебування у стресовій ситуації призводить до виникнення у військовослужбовців «*м'язової броні*», під якою мається на увазі хронічне м'язове напруження, що ізолює людину від неприємних емоцій, коли м'язи напружуються, почуття притуплюються, тобто «м'язова броня» заважає перебігу оргонної енергії вгору і вниз по тілу. М'язова напруга пов'язана з різними ситуаціями і травмами, що переживав індивід у процесі розвитку. Процес формування характеру і «броні» є діалектичною єдністю, в якій безперервно взаємодіють тіло і психіка [280, с. 212–216.].

Військовослужбовці, які зазнали психотравмування, для відновлення потребують реабілітації. Спробуємо охарактеризувати військовослужбовців як об'єкт реабілітації, оскільки отримані ними травми мають різну природу і потребують організації та проведення різних видів реабілітації.

Створення загального психолого-педагогічного портрета контингенту, що потребує реабілітації, пов'язана з основними характеристиками психоемоційної сфери індивідуума. Вона передбачає індивідуальні й колективні аспекти, що сприяють переводу реабілітованого із стану А (початковий стан) у стан Б, під яким А. Бурлак розуміє більш оптимізований стан функціональної системи, що характеризується високою комунікабельністю, низьким рівнем порогової збудливості, суттєвою стійкістю до зовнішніх подразників [83].

Характеризуючи офіцерів, які звільнилися з лав Збройних сил, Н. Алаликіна наголошує, що це відносно однорідна група, пов'язана

загальними установками, ціннісними орієнтаціями, стереотипами, життєвим досвідом, потребами, представники якої однотипно реагують у кризових ситуаціях [4, с. 41]. Окрім цього, вони доволі важко адаптуються до нових норм і правил сучасного мирного суспільства. Внаслідок відсутності досвіду створення матеріальних і побутових умов для виходу в запас, вони не вміють керувати процесом реалізації наміченого. Ситуацію ускладнює низький рівень комунікативних умінь.

Актуальним є підхід Н. Алаликіної, яка визначає типологію військовослужбовців за ступенем тяжкості отриманої психологічної травми: легко психологічно травмовані; які отримали психологічну травму середньої тяжкості; психологічно важко травмовані [4, с. 35].

Аналіз дисертаційного дослідження Н. Алаликіної [4], дав змогу виділити типологію офіцерів, пов'язану з їх реагуванням на стрес-фактори, що виникають у результаті їх звільнення зі Збройних Сил:

– I тип «надмірно активний» або активно-панічний – представники даного типу в умовах скорочення Збройних Сил відразу ж розпочинають бурхливу, хаотичну, не завжди продуману й усвідомлену діяльність, яка не призводить до позитивних результатів;

– II тип «активний» – військовослужбовці, які під впливом інформації (рішення про скорочення у зв'язку з реформуванням армії), одразу розпочинають активно діяти, особливо це проявляється при виникненні труднощів або в екстремальних умовах;

– III тип «індиферентний» – представниками цього типу є ті, хто практично не реагує і не змінює своєї поведінки. Це можуть бути, по-перше, «фаталісти», які керуються принципом «чого бути – того не минути», по-друге, «флегматики» – люди зі стійкою психікою, яких важко вивести з себе;

– IV тип «депресивний», до нього відносять офіцерів, які знижують свою активність під впливом негативної інформації. Вони доволі довго розмірковують, перш ніж прийняти рішення, мало діють, неадекватно реагують на позитивні повідомлення;

– V тип «надмірно депресивний» – військові цього типу не тільки не активізують свою діяльність, а й взагалі нічого не роблять, причому одні з них нічого особливого при цьому не переживають, не відчувають, інші – навпаки, сильно переживають, приховуючи переживання і відчуття;

– VI тип – інші, які не ввійшли ні до одного з перерахованих вище типів.

Слід наголосити, що всі вони потребують комплексної реабілітації.

Нам імпонує підхід Л. Китаєв-Смика [162], який диференціював учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості на три групи:

1) «надломлені», для яких властиве постійне переживання страху, неповноцінності і схильності до жорстокості, неврівноваженості. Часто вони прагнуть до усамітнення та вживання алкоголю та наркотиків;

2) «дурненькі», які мають схильність до інфантильних вчинків і недоречних жартів. Як правило, вони недооцінюють реальну загрозу для власного життя;

3) «люті», які за час бойових дій виробили в собі гіперагресивність. Вони небезпечні для себе і для оточуючих, особливо коли в руках у них зброя.

Представлені категорії військовослужбовців відчувають стійку ситуаційну соціально-психічну дезадаптованість, основною причиною якої є соціальне відкидання. Воно належить до класу соціальних проблемних ситуацій і призводить до фрустрації особистості, що виражається переважно в рольових конфліктах. Разюча відмінність типів діяльності в умовах виконання бойових дій і «на гражданці» призводить до розвитку міжрольових конфліктів. У цьому контексті становлять інтерес дослідження Е. Еріксона щодо аналізу характерних особливостей ветеранів війни [312]. Серед них є люди, у яких виникає стан «ідентифікаційної плутанини». Людина, яка перебуває в такому стані, не може сказати, хто вона, звідки, вона не усвідомлює свого «Я». Причина такої поведінки криється у тому, що

почуття і думки військового різко відрізняються від переживань людини мирного часу.

Доволі корисною з практичної точки зору є типологія військовослужбовців, які побували на «чеченській» війні і потребують соціальної реабілітації, запропонована С. Сухою:

1. «Зламани» або «надломлені»: очі скорботні, порожні, не здатні переносити постійну найвищу напругу навислої над ними небезпеки. Їх гнітить страх смерті, вони схильні до сварок, скандальні; не можуть уявити себе в майбутньому повоєнного життя. Таким солдатам їхнє довоєнне минуле здається далеким, напівреальним.

2. «Постарілі» – ті, хто «зміцнилися» психологічно і морально, хоча нервова система у них виснажена, порушений сон, вони теж запальні, відчують, що стали старше. Ці люди заново усвідомили цінність Життя – і свого і чужого.

3. «Зломлені» – стають жорстокими зі слабкими і беззбройними людьми; постійно хочуть і не можуть самоствердитися; схильні до вживання спиртного, не звертають увагу на свій зовнішній вигляд, байдужі до їжі.

4. «Постарілі» – починають особливо цінувати життя, добре ставляться до мирних жителів.

5. «Придуркуваті» – без причини сміються, кажуть невпопад, проявляючи дитячі форми поведінки, дитячі реакції на небезпеку.

6. «Схиблені» – проявляють неадекватно злісні вчинки по відношенню до всіх – товаришів, старших за званням, місцевих жителів і полонених. Злість і агресія, що проявляються в бою, згодом стають постійними. Такі люди небезпечні і для оточуючих, і для самих себе.

З даної типології видно, що всі військовослужбовці, які пройшли кризу війни, потребують допомоги та соціального захисту [116, с. 128]. Вони, на думку О. Серповської [292, с. 4], особливо гостро потребують соціальної підтримки, проведення психолого-педагогічних реабілітаційних заходів,

отриманні знань про те, як максимально використати можливості самоконтролю і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

Оскільки ми розглядаємо військовослужбовців, які потребують реабілітації, хотілося б більш ґрунтовніше зупинитися на оцінюванні військових О. Караяні [158] з погляду трьох підходів, йдеться про ставлення до нього як до «видаткового матеріалу», до «засобу» і до «цінності». Так, «витратний матеріал» за визначенням «вводиться» до справи і зникає в самому технологічному процесі. Єдина вимога до нього – забезпечити його безперервність. При такому підході можна обмежитися виключно наданням людині необхідних психічних кондицій у процесі психологічної підготовки. «Засіб» є одним із основних елементів і факторів досягнення мети. На відміну від «витратного матеріалу» воно багаторазово і вимагає догляду, заощадження. При відношенні до воїна як до «засобу» крім психологічної підготовки потрібний і «психологічний регламент» у вигляді добре скоординованої психологічної підтримки та допомоги, націлених на розширення психологічних можливостей воїнів, збереження їх психічного здоров'я, підвищення бойової ефективності. «Ціннісне» ставлення до людини передбачає визнання у ній цілей і інтересів, вищого надбання суспільства і держави. При такому підході, участь людини у війні передбачає наявність спеціальних зусиль держави щодо збереження її психічного здоров'я, повернення у суспільство, надання допомоги при входженні до системи зв'язків і відносин мирного часу.

Вивчаючи категорії військовослужбовців, які потребують реабілітації, А. Маклаков розподіляє їх на три категорії: ті, що перебувають у хорошому психічному стані, особи з задовільним психічним станом і військовослужбовці з незадовільним психічним станом. Критерієм слугують: характеристики особистісного потенціалу адаптації, ситуаційної тривоги і самопочуття. Перша категорія військовослужбовців, як правило, має високі характеристики самопочуття і особистісного потенціалу адаптації. Рівень тривоги в даний період у них відповідає нормі. Друга категорія

військовослужбовців має більш високий рівень тривоги, а рівень самопочуття і показники особистісного потенціалу адаптації трохи нижче, тому їм необхідно більше часу для адаптації до екстремальних умов, а також психологічна допомога. Використання третьої категорії військовослужбовців на передовій, як правило, є недоцільним, так як ефективність їх діяльності незначна, а ризик загибелі високий. Дану групу військовослужбовців краще використовувати в підрозділах забезпечення [198].

Вагомим фактором у специфіці реабілітаційного процесу, на думку В. Могильова, є те, що військовослужбовці, звільнені з лав Збройних Сил через хворобу з встановленням в подальшому інвалідності, у зв'язку з різкою зміною життєвого стереотипу (відсутністю цивільної спеціальності, неможливістю працевлаштування, втратою соціального статусу), характеризуються наявністю психопатологічних розладів: астенічних, депресивних, деструктивних тощо. Подібні прикордонні психопатологічні стани не є визначальними в життєдіяльності, але вимагають проведення соціально-педагогічних реабілітаційних заходів [210, с. 36].

Ми переконані, що потреба в комплексній реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій почне усвідомлюватися і реалізовуватися в нашій країні лише тоді, коли в суспільній свідомості сформується «ціннісне» ставлення до особистості військовослужбовця учасника бойових дій.

Аналіз праць науковців [22; 29; 116; 119] і особисті спостереження дали нам змогу зробити висновок, що військовослужбовці учасники бойових дій – це особлива категорія громадян, які особливо гостро потребують комплексної реабілітації, соціальної підтримки, отриманні знань, що допоможуть контролювати психоемоційний стан і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

## 2.2. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації військовослужбовців

Гнучко реагуючи на складні економічні, політичні, соціальні, культурні, військові події, що динамічно змінюються протягом першої чверті XXI століття, арт-терапевти створили складну високодиференційовану систему послуг для широкого кола клієнтів. При цьому зберігається прихильність гуманістичним цінностям, усвідомлюється відповідальність за здоров'я людей, повага їх гідності і врахування способу життя і культурного досвіду військовослужбовців учасників бойових дій. Останнім часом саме арт-терапію почали активно використовувати у лікувально-реабілітаційній роботі з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів тощо. Це пов'язано з тим, що арт-терапія не має протипоказань і характеризується такими ознаками:

- сприяє творчому самовираженню, розвитку уяви, естетичного досвіду, практичних навичок образотворчої діяльності, художніх здібностей;
- знімає втому, зменшує негативні емоційні стани й прояви;
- створює позитивний емоційний настрій у групі;
- дає змогу опрацювати думки й емоції, які людина звикла пригнічувати, надає можливість трансформувати їх у позитивні;
- допомагає на символічному рівні експериментувати з найрізноманітнішими відчуттями, досліджувати й виражати їх у соціально прийнятній формі;
- створює умови для експериментування з кінестетичними й зоровими відчуттями, стимулює розвиток сенсомоторних умінь і в цілому правої півкулі головного мозку, що відповідає за інтуїцію й орієнтацію в просторі;
- полегшує процес комунікації з іншими людьми;
- сприяє створенню відносин взаємного прийняття та емпатії;
- дає змогу звернутися до тих реальних проблем, які складно обговорювати;
- розвиває відчуття внутрішнього контролю;



- підвищує адаптаційні можливості людини до повсякденного життя;
- ефективна при корекції різних відхилень і розладів особистості;
- опирається на здоровий потенціал особистості, внутрішні механізми саморегуляції і зцілення;
- дає змогу вибудовувати взаємини на основі любові й прихильності і тим самим компенсувати їх можливу відсутність у сім'ї [187].

Сьогодні не існує єдиного прийнятого визначення «арт-терапії». Для конкретизації та уточнення звернемося, передусім, до висвітлення наукової категорії «арт-терапія» у науково-довідковій літературі. Так, Великий тлумачний словник сучасної української мови дає таке визначення арт-терапії – це «метод лікування нервових і психічних захворювань засобами мистецтва та самовираження в мистецтві» [91, с. 41]. У психотерапевтичній енциклопедії окрім «арт-терапії» використовують терміни «образотворча терапія» або «художня терапія», проте вони не тотожні до англomовного аналога й звужують його зміст [267, с. 43]. У тлумачному словнику психіатричних термінів арт-терапія представлена як вид психотерапії, лікування залученням до мистецтва. Для цього з «хворим» обговорюють витвори мистецтва (катарсичний вплив) або використовують переживання творця – мистецтво створює можливості для самовираження, відреагування, відволікання (катарсис митця). До арт-терапії відносять бібліотерапію, музикотерапію, кінотерапію тощо [28].

З'ясовано, що у педагогічному словнику [167] арт-терапію розглядають як терапію засобами мистецтва. Як метод, вона ґрунтується на тому, що внутрішні переживання, труднощі, конфлікти людини мають представництво на образному, символічному рівні і можуть бути виражені в образотворчому мистецтві – малюнку, ліпленні, аплікації на вільну тему. Арт-терапія допомагає звільнитися від конфліктів і сильних переживань за допомогою розвитку уваги до почуттів, посилення власної особистісної цінності і підвищення художньої компетенції.

Наведемо ще деякі трактування. Так, згідно із Резолюцією Російської арт-терапевтичної асоціації, прийнятою 16 травня 2009 р., арт-терапія – «система

психологічних і психофізичних лікувально-коректувальних дій, заснованих на заняттях клієнта образотворчою діяльністю, побудові й розвитку психотерапевтичних стосунків. Вона може застосовуватися з метою лікування і попередження різних хвороб, корекції порушеної поведінки й психосоціальної дезадаптації, реабілітації осіб з психічними й фізичними захворюваннями і психосоціальними обмеженнями» [273, с. 9].

Науковці по-різному трактують арт-терапію. Виходячи із вагомості зарубіжного досвіду впровадження арт-терапії в Американській і Британській школах, вважаємо за доцільне, насамперед, проаналізувати основні підходи яскравих представників цих шкіл до самої дефініції «арт-терапія». Засновниця арт-терапевтичного напрямку в США М. Наумбург характеризує арт-терапію як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації» [112, с. 86]. Протилежної думки притримується Е. Крамер. Художній педагог за освітою, вона вважає, що «арт-терапія впливає таким чином, що продукт образотворчої діяльності сублімує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у вчинках» [там само, с. 86]. Актуальним є підхід М. Лібман, яка під поняттям арт-терапії розуміє використання засобів мистецтва для передачі почуттів та іншого змісту психіки людини з метою зміни структури її світовідчуття [379].

Принагідно зазначити той факт, що в англійськомовних країнах (США, Великобританії) арт-терапія іноді позначається такими термінами, як *art as therapy* (образотворче мистецтво як терапія), або *therapeutic art* (лікувальне образотворче мистецтво). Акцент робиться на терапевтичному впливі самого процесу творчої, образотворчої діяльності, активізації учасників арт-терапевтичного процесу, розвитку у них комплексу експресивних навичок. При такому підході не відбувається заглиблення в клінічні аспекти і складну внутрішньо- і міжособистісну динаміку, пов'язану з арт-терапевтичним процесом [172].

Слід констатувати, що на сьогоднішній день арт-терапія активно розвивається в Росії. Представимо найбільш вагомим трактування цього феномену. Досить актуальним є педагогічний підхід до сутності наукової дефініції «арт-терапії», представлений Л. Лебедевою, яка наголошує, що термін «арт-терапія» (від англ. art: мистецтво, art-therapy букв. – терапія мистецтвом) означає вплив на психоемоційний стан хворого за допомогою пластичної образотворчої діяльності. Як правило, для цього використовують візуальні види мистецтв: живопис, графіку, скульптуру, дизайн або такі форми творчості, у яких візуальний канал комунікації відіграє провідну роль (кінематограф, відеоарт, перфоманс) [186, с. 35]. Цікавою є думка А. Грішиної [112, с. 96], яка розглядає арт-терапію як «технологію, що застосовує спонтанну образотворчу діяльність з метою розкриття творчого потенціалу і гармонізації внутрішнього світу дітей».

Найбільш розробленою і авторитетною є позиція представників психологічного підходу. У цьому відношенні цікавою є думка Т. Глухової щодо арт-терапії як «особливої форми психотерапії, заснованої на динамічній взаємодії трьох її основних елементів-учасників: клієнта, психотерапевта й образотворчого матеріалу – продукту творчості» [103, с. 69]. Колектив науковців розглядають арт-терапію як «...усі види практики надання психологічної допомоги особистості, навчання, реабілітації і психотерапії, засновані на мистецтві і творчих продуктивних формах активності людини... Арсенал форм, видів і методів арт-терапії надзвичайно різноманітний» [95, с. 206]. Як справедливо зазначає Л. Повстян, «арт-терапія є засобом психологічної гармонізації і розвитку людини через її заняття художньою творчістю. А оскільки - вона є терапією шляхом творчого самовираження, то ця властивість відкриває практично безмежні можливості для особистісного розвитку» [251, с. 46–37]. З позиції адаптації, арт-терапія розцінюється як інтегративний адаптаційний механізм, що надає людині активну позицію відносно можливостей пристосування до середовища, яке сприяє загальній гармонізації особистості [159, с. 243].

У контексті спеціальної освіти колектив російських учених розглядають арт-терапію як «синтез декількох галузей наукового знання (мистецтва, медицини і психології), а в лікувальній і психокорекційній практиці як сукупність методик, побудованих на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, що дають змогу за допомогою стимулювання художньо-творчих (креативних) проявів дитини з проблемами здійснити корекцію порушень психосоматичних, психоемоційних процесів і відхилень в особистісному розвитку» [12, с. 26].

Цінним для нас є дослідження ряду науковців, результати яких знайшли відображення у психологічному словнику [262], автори якого які визначають арт-терапію як засіб і технологію реабілітації осіб з обмеженими можливостями засобами мистецтва й художньої діяльності, що базуються на здібності людини до образного сприйняття оточення й упорядковування своїх зв'язків у будь-якій художній, символічній формі. Мистецтво як діяльність є експериментуванням людей художніми образами, символами в якості заступників реальних об'єктів.

Для розгляду нашої проблеми необхідно звернутися до праць вітчизняних дослідників. Найбільш розробленою і авторитетною є позиція О. Сороки, яка трактує «арт-терапію як інноваційну освітню технологію «лікування» засобами образотворчого мистецтва, а саме малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості. Як допоміжні засоби в арт-терапії використовують музику, казку, танець, гру, драму тощо» [304, с. 34]. О. Вознесенська пропонує розуміти арт-терапію як «метод оздоровлення за допомогою творчого самовираження. Зцілення передбачає духовну цілісність, гармонію духа і тіла» [93, с. 20]. З позиції Л. Калініної, арт-терапію є «терапією, змістом якої є художня творчість людини» [148, с. 25]. Цікавою є погляди на арт-терапію О. Смілянець, яка вважає її методом лікування за допомогою художньої творчості, що сприяє вираженню агресивних почуттів у соціально допустимій формі; дає основу для інтерпретацій і діагностичної роботи в процесі терапії; дає змогу працювати з думками і почуттями, які здаються

нездоланними; сприяє виникненню відчуття внутрішнього контролю й порядку; розвиває й посилює увагу до почуттів [300, с. 473].

Аналіз літературних джерел дає підставу встановити, що арт-терапію розглядають як особливу форму психотерапії за допомогою візуального, пластичного мистецтва, як інноваційну освітню і реабілітаційну технологію, як сукупність методик, що створюють умови для лікування і адаптації людини у соціумі.

Розглянуті позиції дають можливість з'ясувати суть арт-терапії, що передбачає терапевтичний і коректувальний вплив мистецтва на людину і проявляється в реконструюванні психотравмальної ситуації за допомогою творчої діяльності. При цьому у людини в арт-терапевтичному процесі виникають нові позитивні враження, емоції і потреби.

Слід констатувати, що на сьогоднішній день склалися три самостійних напрями арт-терапії – психотерапевтичний (медичний), педагогічний і соціальний (терапія зайнятостю). Їх об'єднує використання художньої творчості як лікувального засобу, що відволікає людину від неприємних, болісних переживань і гармонізує емоційну сферу.

Проаналізувавши сучасні підходи науковців до арт-терапії як наукової категорії стверджуємо, що вони передбачають художню творчість, образотворчу діяльність для «гармонізації розвитку особистості через розвиток здібностей самовираження і самопізнання в мистецтві, у порівнянні, наприклад, з грою, що пов'язано з продуктивним характером мистецтва – створенням естетичних продуктів, що об'єктивують у собі почуття, переживання і здібності людини, полегшують процес комунікації з іншими людьми» [95, с. 208].

Ми переконані, що застосування арт-терапії у процесі реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій як інноваційної технології допоможе вирішити низку завдань, оскільки арт-терапія поліфункціональна. Конкретизуємо їх у контексті розгляду функціонального потенціалу реабілітаційного процесу комбатантів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

## Завдання арт-терапії у контексті реабілітаційного процесу комбатантів

Функції арт-терапії	Завдання
Діагностувальна	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) отримання інформації за допомогою проєктивного або вільного малювання про психоемоційний стан, індивідуальні особливості, інтереси, цінності комбатантів;</li> <li>2) виявлення труднощів і проблем, що підлягають корекції і лікуванню;</li> <li>3) визначення характеру міжособистісних стосунків учасників арт-терапевтичної групи</li> </ol>
Психотерапевтична	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) створення комфортної атмосфери емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування;</li> <li>2) сприйняття цінностей, потреб, проблем, почуттів і переживань інших учасників групи;</li> <li>3) мобілізація цілющого потенціалу емоційної сфери людини за допомогою створення психологічного комфорту, що надає відчуття захищеності, радості, успіху</li> </ol>
Коректувальна	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) корекція деструктивних емоційних станів (тривожності, агресії, фрустрації);</li> <li>2) формування відчуття задоволеності, віри у власні сили, гідності, самоповаги;</li> <li>3) корекція деформованого образу «Я»;</li> <li>4) зменшення проявів неадекватних форм поведінки</li> </ol>
Розвивальна	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) розвиток емоційної та вольової сфер особистості;</li> <li>2) підвищення самооцінки;</li> <li>3) вербалізація емоційних негативних і позитивних переживань у процесі спілкування, налагодження взаємодії з іншими людьми</li> </ol>

Вивчаючи сучасні методи арт-терапії у згуртуванні військових колективів Л. Петко [246] дійшла висновку, що арт-терапія як самостійний і досить впливовий напрям у лікувально-коректувальній практиці змогла сформуватися лише там, де автентичний досвід художньої роботи був об'єднаний з медичною моделлю і психотерапевтичними уявленнями.

Вагомим для нашого дослідження вважаємо той факт, що арт-терапію почали застосовувати ще в роки Другої світової війни і в післявоєнний період з військовослужбовцями, які проходили лікування і реабілітацію в США і Великобританії. Вже тоді було помічено, що заняття учасників бойових дій образотворчою діяльністю на базі художніх майстерень (арт-ательє) благотворно позначається на їх фізичному та емоційному стані [172, с. 21].

Слід зазначити, що останнім часом арт-терапія активно еволюціонує. У цьому відношенні її активно використовують у соціальній і освітній сферах. Окрім цього, «однією з важливих галузей використання арт-терапевтичного методу стає робота з правопорушниками, починаються спроби здійснювати її безпосередньо в місцях позбавлення волі, в умовах нагляду і реабілітації» [304, с. 55]. Сьогодні створено міжнародні асоціації арт-терапевтів, серед яких доволі відомими є Американська асоціація арт-терапії, Британська асоціація арт-терапії у Колумбії, асоціації арт-терапії в Онтаріо, асоціації арт-терапії у Квебеку, асоціації арт-терапії у Новій Зеландії та Австралії (АНЗАТА) тощо. На теренах України діють Всеукраїнська громадська організація «Арт-терапевтична асоціація», Західноукраїнська асоціація арт-психологів та арт-терапевтів, Східноукраїнська асоціація арт-терапії, Східно-Європейська асоціація арт-терапії [304, с. 56–57].

Гнучко реагуючи на соціально-економічні, політичні та культурні обставини, що динамічно змінюються протягом другої половини ХХ – першої чверті ХХІ століть, арт-терапевти розробили високодиференційовану систему послуг, що надаються самим різним групам клієнтів, серед яких особливе місце посідають військовослужбовці учасники бойових дій. При цьому вони щоразу демонструють прихильність гуманістичним цінностям та ідеалам, усвідомлюючи свою відповідальність за здоров'я комбатантів, поважаючи їхню гідність і прагнучи бути відкритими для того, щоб вчитися, враховуючи своєрідність і особливості життя і професійної діяльності військовослужбовців.

У нашому дослідженні ми притримуємося думки О. Копитіна [173; 174] стосовно того, що арт-терапія за рахунок своєї універсальності є доволі

ефективною при вирішенні широкого спектра проблем: внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, кризових станах, у тому числі кризах, травмах, втратах, посттравматичних стресових розладах, невротичних і психосоматичних розладах [173]. Ми переконані, що саме арт-терапію корисно застосовувати у процесі надання лікувально-реабілітаційної допомоги військовослужбовцям учасникам бойових дій з найрізноманітнішими захворюваннями і проблемами, серед яких особливе місце займають стрес та ПТСР.

Аналіз праць науковців [172, с. 22] дає змогу стверджувати, що лікувально-реабілітаційний потенціал арт-терапії при переживанні травматичного стресу і його наслідків значною мірою пов'язаний з можливістю невербальної експресії, багатими комунікативними і захисними можливостями метафоричної мови образів, образотворчих матеріалів і видів образотворчої роботи. Образотворча діяльність сама по собі може бути потужним терапевтичним фактором, вона допускає різні способи поводження з художніми матеріалами. Одні з них дають змогу досягати седативних ефектів і знімати емоційну напругу, інші – відреагувати і контролювати травматичний досвід. Перенесення травматичного досвіду на образотворчі матеріали і образи також робить арт-терапевтичний процес психологічно безпечним для клієнта і терапевта і створює додаткові можливості для рефлексії і когнітивної опрацювання переживань з опорою на метафори і засоби символічної комунікації.

З методологічної точки зору доведено, що робота з образотворчими матеріалами дає вихід почуттям роздратування, гніву, образи, сорому, зменшує фрустрацію, прикладом чого може бути використання глини. Переключення на інші техніки допомагає подолати захисні механізми, які допомагають адаптуватися до травми і її наслідків. Завдяки цьому людина може ідентифікувати і усвідомити свої почуття, зрозуміти пов'язані з ними асоціації, побачити новий сенс у минулих подіях і сформувати нові, більш здорові захисні механізми. Присутність арт-терапевта у роботі з військовослужбовцями є обов'язковою умовою подолання травматичних переживань і сприяє створенню



безпечного комфортного простору для їх вираження. У цьому контексті О. Копитін [174] пропонує використовувати методи інтермодальної арт-терапії при подоланні наслідків психічних травм для того, щоб допомогти повніше задіяти різні види експресивної взаємодії з матеріалами в процесі художньої творчості.

Дослідники [141; 173] визнають арт-терапію однією з найбільш результативних форм психологічної допомоги в кризових ситуаціях, її застосовують практично при всіх формах психічних порушень. Цей метод побудований на використанні мистецтва як символічної діяльності і заснований на стимулюванні творчих процесів. Мистецтво в особливій символічній формі дає змогу реконструювати конфліктну травматичну ситуацію, допомагає відреагувати почуття, пов'язані з перенесеною травмою.

Ще однією з переваг арт-терапії при реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій є те, що вона заснована на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто є єдино можливими для вираження і прояснення травмувального емоційного стану. Перебуваючи у важкій, стресовій ситуації, людина, сама того не помічаючи, спонтанно малює лінії, «каракулі», закреслює зображення, зафарбовує простір аркуша паперу, креслить палицею на піску [10]. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні, звільнитися від негативних емоцій і почуттів. Вважаємо, що лікувально-коректувальні ефекти арт-терапії можуть проявлятися завдяки образотворчій діяльності навіть при відсутності вербалізації переживань. Це пов'язано з дією терапевтичних механізмів (релаксація, інсайт, катарсис, розвиток навичок самоорганізації та прийняття рішень тощо).

Цікавою є думка С. Солов'йова щодо вагомого потенціалу арт-терапії в системі комплексної психологічної реабілітації в умовах військового конфлікту. Автор переконаний, що арт-терапія надає можливість людині досягнути повноту соціальної творчості – це підвищена активність знаходити шляхи розв'язання проблемних ситуацій, постійне підвищення компетентності, високий рівень

міцності здоров'я (стресостійкість, низька стомлюваність, адекватна самооцінка, відсутність страхів тощо); висока ступінь зрілості, можливість перебування в стані тут-і-тепер; мотивація досягнення результату, широкий діапазон прийнятних для особистості способів вирішення проблемних ситуацій (відсутність відчуття «глухого кута») [302].

Оскільки арт-терапія сама по собі є творчістю, В. Могільов [210] наголошує, що творча діяльність колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, виступає головним механізмом задоволення потреби в здобутті втраченого. На противагу цьому дослідники [162; 176] підкреслюють, що в силу незначного життєвого досвіду, перенесених фізичних і психічних страждань, слабкої професійної орієнтації, людина відмовляється від самоствердження через творчу діяльність, вважаючи цей фактор реабілітаційного процесу неефективним і навіть шкідливим.

Зокрема, В. Могільов [210] звертає увагу на те, що процеси реабілітації мають підстави актуалізувати творчі характеристики особистості – на цьому заснована концепція незалежного життя інвалідів, яка передбачає, що сутнісною характеристикою людини виступає її творчий потенціал, який реалізується в різноманітних видах діяльності протягом життя і дає змогу досягати високих результатів у різноманітних видах діяльності, спілкуванні, відносинах.

Слід зазначити, що на сьогодні виокремлюють чотири варіанти застосування арт-терапії:

- 1) пасивна арт-терапія – передбачає аналіз та інтерпретацію картин (репродукцій), фотографій учасниками арт-терапевтичного процесу для «лікування»;
- 2) активна арт-терапія – зосереджена на самостійній творчій діяльності, яка розглядається як лікувальний чинник;
- 3) поєднання пасивної і активної арт-терапії;
- 4) навчання учасника арт-терапевтичного процесу творчій діяльності і вибудовування взаємин з арт-терапевтом.

Існують різні форми арт-терапії, проте найбільш розповсюдженими є індивідуальна й групова, кожна з яких має різновиди. Інколи, вибір проведення арт-терапевтичних занять залежить від бажання учасників, оскільки за відсутності протипоказань вони можуть займатися як індивідуально з арт-терапевтом, так і в групі. Особливо цінною арт-терапія є для тих учасників, які мають труднощі у вербалізації своїх переживань, йдеться про малоконтактність, мовні порушення, «невимовність» у людей з посттравматичними стресовими розладами. Як правило, вони виражають свої емоції і переживання в малюнках, художніх виробках. Для активізації психічних процесів, тренування сенсомоторних умінь і навичок, налаштування на роботу корисною може бути нескладна маніпуляція або гра з різними матеріалами.

За умови вибору індивідуальної арт-терапії, арт-терапевт намагається налаштувати учасника на роботу. При цьому важливим є встановлення психотерапевтичного контакту, який відбувається на перших зустрічах. При цьому як у арт-терапевта, так і в учасника виникають реакції один на одного (вони не завжди бувають позитивними), що в подальшому впливатиме на атмосферу арт-терапевтичного процесу. Арт-терапевт детально пояснює мету, особливості, характер і умови арт-терапевтичної роботи. В разі погодження учасником правил арт-терапевтичної роботи складається контракт, що «захищає» і клієнта, і арт-терапевта, формуючи відповідальність обох сторін за прийняті зобов'язання. Арт-терапевт забезпечує належні умови для проведення індивідуальних арт-терапевтичних занять (засоби, оснащення, регулярність проведення сесій). Учасник зобов'язується відвідувати арт-терапевтичні заняття й оплачувати послуги арт-терапевта.

На початкових арт-терапевтичних сесіях арт-терапевт разом із учасником узгоджує правила поведінки на заняттях, пояснює що арт-терапія не передбачає спеціальних художніх здібностей, умінь чи навичок, наголошується на вільному самовираженні учасника за допомогою різних художніх матеріалів і засобів. Арт-терапевт має враховувати схильність учасника до індивідуального темпу діяльності, оскільки деяким людям складно розпочати малювати, пояснюючи це

страхом, сприйманням малювання як дитячої гри або навпаки намаганням створювати якомога гарні малюнки.

Поступово, з кожним заняттям між арт-терапевтом і учасником формуються психотерапевтичні відносини, що відрізняються захищеністю, комфортом, переважанням позитивних емоцій. Інколи у учасника можуть виникати негативні відчуття – страх, провина, гнів, образа, злість тощо, які не рекомендується стримувати. Під час малювання, наприклад, техніки «Моє минуле» можуть проявлятися різні спогади, які «опрацьовуються» на етапі обговорення. Арт-терапевт намагається встановити зв'язок між характером образотворчої діяльності людини, досвідом дитинства, взаємовідносинами з іншими людьми і проблемами, характерними для даного періоду життя. Тривалість індивідуальної арт-терапії залежить від загального стану учасника, покращення його психоемоційного стану, характеру образотворчої діяльності – від кількох місяців до року і більше.

Групова арт-терапія створює передумови для обміну досвідом, як на вербальному, так і невербальному рівнях, призводить до усвідомлення спільних переживань, що в кінцевому результаті допомагає комбатантам зменшувати прояви ПТСР. Окрім цього, групові арт-терапевтичні заняття відрізняються «демократичною» атмосферою, що проявляється у рівності прав і відповідальності всіх учасників арт-групи, меншому ступені залежності від арт-терапевта, здатністю адаптуватися до групових норм. Цінним у цьому контексті є те, що арт-терапія, на думку О. Копитіна, стимулює розкриття творчого потенціалу особистості і активізує захисно-приспосувальні механізми [174].

Як справедливо зазначає М. Лібман [379], що групова арт-терапія:

- підвищує самооцінку і призводить до зміцнення особистої ідентичності;
- пов'язана з наданням взаємної підтримки учасникам арт-групи;
- дає змогу опанувати нові ролі, розвивати ціннісні соціальні навички;

- надає можливість спостерігати за результатами своїх дій і їхній вплив на інших учасників групи;
- розвиває уміння і навички прийняття рішень.

Серед варіантів групової арт-терапії за ступенем групової взаємодії і структурованості поширеними є студійна відкрита група, аналітична закрита група і тематично орієнтована група (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

### Варіанти групової арт-терапії

Групи (ступінь структурованості)	Характеристика
Студійна відкрита (переважно неструктурована)	Відсутній постійний склад, оскільки в будь-який момент можуть з'явитися нові або навпаки, залишати групу старі учасники. Умови роботи нагадують художню студію. Арт-терапевт при проведенні сесій надає перевагу недирективному підходу, що передбачає максимальну «свободу» учасникам і врахування їхніх індивідуальних характеристик. Заняття можуть проводитися від одного до декількох разів на тиждень з тривалістю від 1,5 до 2,5 годин
Аналітична закрита (різний ступінь структурованості)	Характеризується постійним складом учасників; орієнтована в основному на роботу з неусвідомлюваними психічними процесами учасників, які мають психологічні або соціальні проблеми. Арт-терапевтичні заняття передбачають образотворчу діяльність і колективне обговорення. Учасники намагаються зберігати власну ідентичність і високий рівень незалежності від арт-терапевта; можуть самостійно контролювати як свої дії, так і хід групової роботи, вирішуючи, коли, як і за допомогою яких засобів і матеріалів в неї включатися
Тематично орієнтована (різний ступінь відкритості і структурованості)	Значний ступінь структурованості групи досягається за рахунок використання тем, що розкривають загальні інтереси і проблеми учасників. Як правило, тематично орієнтовані групи є напіввідкритими, тобто учасники за бажанням можуть залишати групу і повертатися до неї, і в будь-який момент можуть з'явитися нові люди

Подібної позиції при визначенні форм арт-терапії дотримується О. Копитін, який до індивідуальної і групової додає сімейну арт-терапію (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Форми арт-терапії (за О. Копитіним) [172]**

<b>Форми арт-терапії</b>	<b>Характеристика</b>
Індивідуальне арт-терапевтичне консультування	Один з варіантів психологічного консультування, при якому на протязі всього процесу або на його певних етапах активно застосовують засоби візуальної, проєктивно-символічної комунікації – це малюнок, ліплення, створення композицій з піску, робота з різними проєктними матеріалами (фотографіями, стимульними малюнками тощо)
Групова арт-терапія	Може проходити у формі групового арт-терапевтичного тренінгу, у інтерактивно закритої або напіввідкритої тематичної групи або відкритої студії
Сімейна арт-терапія	На відміну від звичайного сімейного консультування та сімейної психотерапії, характеризується активним застосуванням образотворчих засобів, що допомагають діагностувати й коректувати сімейні відносини

Слід зазначити, що арт-терапевтична група структурується не тільки за рахунок тем, що мають характер індивідуальних чи групових завдань з інструкціями для виконання, але і за рахунок розподілу часу сесії на етапи:

- 1) введення і «розігрів» (займає приблизно 10–25 % часу сесії);
- 2) образотворча діяльність (30–40 %);
- 3) обговорення і завершення сесії (35–40 %).

При проведенні арт-терапевтичних занять обов'язковими визнано такі умови, як-от: психологічна безпека учасників процесу; відмова від оцінювання процесу та результатів творчої діяльності, приватність і конфіденційність; партнерство в стосунках учасника й арт-терапевта; необмежена свобода вибору образотворчих матеріалів і способів роботи з ними, тем і сюжетів для творчості, нетрадиційних образотворчих форм;

делегування клієнту відповідальності за процес і результати діяльності (недирективний підхід) [172, с. 19].

Ми переконані, що основний акцент при проведенні арт-терапевтичних занять необхідно робити на стимулюванні комунікації учасників групи військовослужбовців, формуванні і розвитку у них практичних умінь і навичок, пов'язаних з професійною діяльністю та адаптацією до умов мирного життя. Завданнями роботи арт-терапевтичних груп є подолання соціальної депривації, освоєння адаптивних форм поведінки (зокрема, в ситуації конфлікту), вільне і відкрите вираження своїх переживань і проблем, підвищення самооцінки і зміцнення ідентичності, розвиток творчого потенціалу.

У процесі арт-терапії досвід психічної травми спочатку може виражатися за допомогою символічних і досимволічних форм і лише після цього може бути описаний словами. Паралельно з цим відбувається довільне реконструювання біографічної пам'яті, коли забуті обставини і пов'язані з ними афекти знаходять своє місце в цілісній картині реальності. Здійснюється поступове переведення суб'єктивного досвіду зі сфери несвідомого до свідомого. При цьому вербалізації в процесі арт-терапії передуює фаза невербального, переважно символічного вираження [172, с. 25].

Вираження почуттів за допомогою символічних образів, образотворчої діяльності, здатне приводити до катарсису, навіть за тієї умови, що зміст образотворчої продукції і сенс переживань у процесі її створення людиною повною мірою не усвідомлюються. У той же час, як доводять науковці, саме образотворча діяльність доволі часто «супроводжується досягненням кращого розуміння глибинного сенсу переживань, зростанням саморозуміння і само прийняття» [172, с. 26].

У зазначеному контексті повністю поділяємо думку О. Копитіна [172] стосовно того, що при наданні арт-терапевтичної допомоги військовослужбовцям учасникам бойових дій із травматичним стресом і постстрессовими розладами може бути використана як індивідуальна, так і

групова арт-терапія з різними термінами лікування і методологічною орієнтацією. Така допомога може бути надана на різних етапах переживання травматичного стресу і його наслідків.

У своєму дослідженні ми брали до уваги програму психологічної допомоги людям, які переживають наслідки травматичного стресу, розроблену І. Нікольською. Кожен етап пов'язаний з відповідним рівнем захисних реакцій, що послідовно формуються в онтогенезі і одночасно або послідовно функціонують у дорослого. Це:

1) сомато-вегетативний (фізіологічний) рівень, що забезпечує адаптацію до стресу за допомогою автоматичних змін у діяльності різних систем організму;

2) поведінковий (психомоторний) рівень адаптації на основі автоматичної зміни обсягу і характеру загальної моторної активності, міміки, пантоміміки, загальної поведінки людини;

3) рівень психологічного захисту (несвідомої психіки), для якого характерна автоматична захисна переробка тривожної інформації, що призводить до її ігнорування, спотворення або до зниження емоційної значущості. Відмежування свідомості людини від негативних переживань знижує внутрішню напругу і дискомфорт, дає змогу зберегти звичні, хоча і нереалістичні образи світу і свого «Я»;

4) рівень опанування або копінг-поведінки (свідомості), що забезпечує адаптацію за рахунок усвідомлення особистістю виниклих труднощів і оцінки їх як небезпечних, використання знань про те, як слід долати такі ситуації, умінь застосовувати стратегії цих дій на практиці [224].

Представимо власне бачення групового арт-терапевтичного заняття у табл. 2.6. При цьому ми орієнтувалися на модель арт-терапевтичного заняття, розроблену Л. Лебедевою [186].



Таблиця 2.6

**Модель групового арт-терапевтичного заняття**

<b>Етапи</b>	<b>Характерні особливості</b>
«Налаштування»	Підготовка учасників до спонтанної художньої діяльності і внутрішньогрупової комунікації за допомогою ігор, рухових і танцювальних вправ, нескладних образотворчих прийомів
Актуалізація відчуттів	Поєднання образотворчої діяльності з музикою або іншими арт-терапевтичними технологіями (пісочною, ігровою, казко-, танцювально-руховою, драмотерапією), що допоможуть покращити настрій, поліпшити самопочуття і емоційний стан
Індивідуальна образотворча діяльність	Самостійне малювання з метою дослідження власних проблем і переживань. Дорослі можуть комплексувати, пояснюючи це невмінням малювати, тому необхідно пояснити, що малюнки не будуть оцінюватися. Особливо цінним є процес спонтанної творчості, прояв щирих емоцій, пошук засобів самовираження. На цьому етапі можна проводити діагностику за допомогою вільного або проєктивного малювання. Необхідно звертати увагу на вибір образотворчих матеріалів (олівці, акварель, масло, сангіна, соус тощо)
Активізація групової комунікації	Створення умов для міжособистісної і внутрішньогрупової комунікації. Кожний учасник групи показує свій малюнок і розповідає про нього. Звертається увага на відкритість і відвертість при розповіді про свій малюнок, що є показником довіри до інших учасників
Рефлексивний аналіз	Створюється атмосфера емоційної теплоти, емпатії, турботи, що допомагає відчувати комфорт. Учасники групи підтримують одне одного у вигляді доброзичливих висловлювань і побажань, позитивного програмування і підтримки. Дорослі здобувають позитивний досвід самоповаги і самоприйняття, зміцнюючи і коректуючи образ «Я»

У процесі вивчення більш ґрунтовніше окресленого питання, ми прийшли до усвідомлення того, що такий формат арт-терапевтичної сесії можна використовувати при роботі з військовослужбовцями учасниками бойових дій, оскільки вона є зручною, ефективною й економною.

Повністю підтримуємо О. Копитіна в тому, що саме арт-терапія та її інтегровані види, такі як полімодальна (інтермодальна) терапія творчістю або терапія виразними мистецтвами (*expressive arts therapies*), можуть бути успішно використані при роботі з людьми з психічною травмою, посттравматичними розладами та їх наслідками. При цьому, «візуально-пластичні засоби можуть бути доповнені рольовою грою, рухом або музикою» [172]. У цьому контексті важливими є висновки О. Сороки, яка головною характеристикою арт-терапії вважає інтегративність, оскільки у структурі арт-терапевтичного заняття можуть бути використані в якості допоміжних гра, музика, казка [304]. Подібної думки притримується О. Лебедева, наголошуючи, що у процесі арт-терапевтичної роботи часто використовують музику, рух і танець, вигадкування історій, драму. Такі форми з одночасним використанням різних способів творчого самовираження називають мультимедійними. Іноді їх інтегративний характер підкреслюється за допомогою складних словосполучень: «арт-драма-терапія», «арт-танцювальна терапія» [187].

Повністю підтримуємо думку О. Сороки [304] в тому, що при проведенні арт-терапевтичних занять доцільно використовувати допоміжні арт-терапевтичні технології, а саме ігрову, пісочну, казкову, музичну, театралізовану, танцювально-рухову, фототерапію, оскільки вони інтегровані у їх структуру. При цьому арт-терапія є головним системотвірним компонентом. На основі узагальнення напрацювань фахівців [25; 33; 138; 250; 267; 283; 304; 314; 318] Представимо можливості допоміжних арт-терапевтичних технологій у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

## Характеристика комплексних арт-терапевтичних технологій

Види арт-терапевтичних технологій	Цілі	Переваги	Можливості
<i>Ігрова терапія</i> – метод психотерапевтичного впливу на людей з використанням гри	Зростання, розвиток, реалізація внутрішнього потенціалу; розв’язання складних життєвих ситуацій, змодельованих у ігровому процесі	Ефективна при лікуванні психоемоційних розладів, допомагає висловлювати свої конфлікти, переживання і почуття	Запобігає розвитку нервово-психічних патологій (зняття внутрішньої напруги, зменшення тривожності, страхів, фрустрації, агресії, недовіри та ворожості до оточення; корекція поведінкових розладів (девіацій)
<i>Музикотерапія</i> – напрям психотерапії, що об’єднує гуманістичну особистісно орієнтовану педагогіку з окремими психотерапевтичними технологіями; інтегроване поняття, що об’єднує «музику» і «терапію»	Управління психічним станом людини, «лікування», соціалізація	Дає змогу розвивати образний тип мислення; активізувати або розслабити людину; позитивно впливає на психоемоційний стан людини	Активізація розумової діяльності, підвищення працездатності, самооцінки, емоційної саморегуляції, особистісний розвиток, корекція міжособистісних стосунків, розвиток самоконтролю, уваги, рефлексії, емпатії

<p><i>Казкотерапія</i> – один із креативних методів, процес активізації ресурсів, потенціалу особистості</p>	<p>Відновлення душевної рівноваги, втеча від дійсності; вирішення конкретних проблем</p>	<p>Дає можливість діагностувати проблеми; допомагає в пошуку шляхів розв’язання особистих проблем</p>	<p>Сприяє розвитку естетичних почуттів; формує «етичний імунітет»; підтримує «імунну пам’ять»</p>
<p><i>Пісочна терапія</i> – один із методів, що виник у межах аналітичної терапії К. Юнга; спосіб позбавлення внутрішнього напруження, що підвищує впевненість у собі та відкриває нові шляхи розвитку</p>	<p>Відновлення цілісності; створення комфортних умов для розвитку; зменшення внутрішньої напруги</p>	<p>Запобігає швидкій втомлюваності, зниженню працездатності; формує позитивно-емоційне ставлення до людей; встановлює довірливі стосунки у групі; підвищує самооцінку; покращує психологічне самопочуття</p>	<p>Розвиток «тактильної чутливості», пізнавальних функцій, мови, моторики; «заземлення» негативної енергії; прояв творчої активності</p>
<p><i>Театральна терапія</i> – один з методів психологічної роботи, що використовує можливості театру для досягнення позитивних змін в інтелектуальному, емоційному й особистісному розвитку людини</p>	<p>Розвиток вербальної та невербальної комунікації; послаблення соціальних фобій; зниження соціальної ізоляції; удосконалення саморефлексії і самодисципліни</p>	<p>Допомагає вільно володіти своїм тілом, не соромлячись його; звільнитися від внутрішніх утисків; втілювати через гру ідеї і мрії; знімати психологічну напругу</p>	<p>Знімає напругу і дає змогу проявляти і розвивати уяву, варіативність мислення; допомагає адаптуватися до нових умов</p>

<p><i>Танцювально-рухова терапія</i> – вид психотерапії, що використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного й фізичного життя людини</p>	<p>Пізнання себе, своїх особливих індивідуальних якостей; можливість розширити уявлення про самого себе, знайти нові шляхи вираження і взаємодії з іншими людьми</p>	<p>Загальнодоступність, увага акцентується не на якості виконаних рухів, а на вираженні людиною власних емоцій і почуттів під час руху, абсолютній свободі рухів</p>	<p>Зменшує напругу, тривожність, агресивність; сприяє ефективній взаємодії з собою, світом, людьми; встановленню контактів з оточуючими; допомагає усвідомити свої і чужі бажання, почуття, вчинки, за допомогою аналізу рухів; проявляти індивідуальність, щирість, сприймати себе</p>
<p><i>Фототерапія</i> – використання фотографії для вирішення психологічних проблем і розвитку та гармонізації особистості</p>	<p>Відновлення і зміцнення здоров'я, поліпшення якості життя; виховує смак, допомагає відчувати красу природних форм, ліній і фарб, розвиває спостережливість</p>	<p>Забезпечує психологічний комфорт; розвиває впевненість у собі; вміння взаємодіяти з іншими людьми; відчуття прекрасного</p>	<p>Творче самовираження (варіювання формату і кольоровості, створення візуальних ефектів, трансформація і коректування образів на комп'ютері); самопізнання, соціалізація; емоційний розвиток</p>

Представлені у табл. 2.7 арт-терапевтичні технології мають діагностувальні, розвивальні, коректувальні, терапевтичні можливості, а їх вдале поєднання дасть змогу ефективно здійснювати реабілітаційну діяльність з військовослужбовцями учасниками бойових дій.

Повністю підтримуємо О. Сороку [304] в тому, що ефективніше використовувати арт-терапевтичні технології в комплексі, інтегрованими у єдину структуру арт-терапевтичного заняття. Кожна людина може успішно проявляти себе в будь-якому з видів художньої діяльності і творчості: ігровій, казко- або музикотерапії. Різні види мистецтва взаємодіють між собою. Колір, звук, простір, рух, форма тісно пов'язані, взаємозамінні. Особливо це актуально при розробці арт-терапевтичних занять для військовослужбовців, де одна з технологій є головною, наприклад арт-терапія.

Окремо хотілося б зупинитися на одному з видів арт-терапії, який останнім часом активно розвивається і за своєю суттю відрізняється від проаналізованих арт-терапевтичних технологій. Йдеться про ландшафтну арт-терапію, пов'язану з використанням фізичних і символічних форм, які знаходяться в навколишньому природному та антропогенному середовищі. Як і у будь-якій арт-терапії, в ландшафтній арт-терапії використовують, перш за все, образотворчу діяльність, однак допускається застосування дещо іншого набору засобів, знайдених об'єктів і матеріалів, а також цілісного ландшафту. Учасникам занять надається можливість певну частину часу сеансів проводити за межами арт-терапевтичного кабінету [172, с. 36].

Використання ландшафтної арт-терапії при травматичному стресі і ПТСР О. Копитін обґрунтовує по-різному. По-перше, важливе значення має позитивний, зцілювальний вплив природного ландшафту, значна різноманітність сенсорних стимулів, здатних оживити заблоковані в результаті пережитої травми фізичну й емоційну сфери. По-друге, вихід в навколишнє середовище і використання знайдених об'єктів сприяє активізації учасників арт-терапії, отриманню нових вражень і подоланню

стану ізоляції. По-третє, має значення сигнальна, символічна функція, притаманна навколишньому середовищу і знайденим значущим для особистості об'єктам. У результаті перенесення на ці предмети особистого досвіду (як травматичного, так і ресурсного) забезпечується його екстерналізація, встановлення контролю над переживаннями, усвідомлення минулого і відновлення біографічної пам'яті [172, с. 36–37].

Передумовами проведення ландшафтної арт-терапії при ПТСР можуть бути численні приклади спонтанних творчих проявів з використанням підручних засобів, особистих і знайдених предметів у учасників бойових дій («траншейне мистецтво»). Військовослужбовці, військовополонені і цивільне населення під час воєн і збройних конфліктів нерідко знаходили на полях битв предмети і створювали з них цікаві вироби. Такі знахідки відображали їх особистісні творчі реакції на ситуацію і служили важливими документами подій. Солдати, наприклад, підбирали шрапнель, осколки снарядів і інші предмети, щоб виготовляти з них поробки, які несуть на собі відбиток колишніх середовища і відносин. Крім того, ці предмети створюють відчуття більшої безпеки і навіть перебування в рідному домі [172, с. 38].

На основі аналізу наукових джерел [172; 340], ми визначили прийоми і техніки ландшафтної арт-терапії, які можна використовувати в реабілітації військовослужбовців, які пережили психічну травму, стрес або ПТСР. Найбільш поширеними є:

- прогулянки в певному середовищі з метою знаходження в ньому предметів, що викликають сильні асоціативні і емоційні реакції, з подальшим обговоренням знахідок і створенням з них предметних скульптур (ассамбляжів), інсталяцій, «талісманів» та іншої авторської продукції;

- використання деяких предметів і матеріалів (піску, води, листя) не стільки для створення авторської продукції, скільки з метою маніпуляцій і дослідження їх сенсорних характеристик;

- створення «дорожніх нотаток» та інших художніх текстів на основі взаємодії зі знайденими предметами або середовищем;

- підготовка та проведення ритуалів з певною терапевтичною функцією з використанням знайдених об'єктів або у спеціально вибраному середовищі;

- фотографування об'єктів і середовища;

- посадка рослин, створення і облаштування садів, парків і меморіалів, а також формування учасниками занять найбільш безпечного і комфортного середовища.

Деякі з них можуть бути включені до програм індивідуальної, групової або сімейної арт-терапії, поряд з іншими арт-терапевтичними технологіями. Теми для проведення ландшафтної арт-терапії також можуть варіюватися – для індивідуальної творчої діяльності і для спільної роботи сім'ї, терапевтичної групи або громади. Завдяки проведенню ландшафтної арт-терапії можна забезпечити, по-перше, отримання нового досвіду спільної діяльності та співпереживання; по-друге, надання взаємної емоційної підтримки; по-третє, згуртування членів групи, громади, сім'ї; по-четверте, освоєння і реалізацію нових позицій і способів взаємодії; по-п'яте, навчання конструктивним способам вираження почуттів і розв'язання конфліктів (зокрема, шляхом пошуку компромісів, узгодження дій тощо); по-шосте, активізацію і розкриття внутрішніх ресурсів на рівні особистості і спільноти; по-сьоме, привертання уваги до певної проблеми і шляхів її вирішення, переконливе вираження певної соціальної позиції [172].

Дослідники [17] переконані, що даний підхід (екологічна арт-терапія) дасть змогу активізувати уяву, творче мислення та інтуїцію; розширити діапазон художньо-творчих можливостей, подолати стереотипні уявлення про зміст і спрямованість художньо-творчого процесу; розвинути відчуття прекрасного, збагатити естетичний досвід; вдосконалити навички саморегуляції шляхом активної взаємодії з середовищем і його здоров'язберезувальними ресурсами; активізувати полісенсорну стимуляцію й інтеграцію діяльності різних сенсорних систем організму; поєднати різні аспекти особистого досвіду, зміцнити і реконструювати біографічну й



культурно-історичну пам'ять, здійснити психологічну інтеграцію-зміцнення почуття «Я».

У процесі дослідження було встановлено, що, працюючи зі знайденими об'єктами, розмовляючи з ними, можна досліджувати травматичні і стресові ситуації, поступово звільнятися від них, вчитися жити з ними. Знайдені предмети у процесі творчості набувають нового життя, перетворюючись на нові образи. Слід зазначити, що ландшафтна арт-терапія має лікувально-реабілітаційну, коректувальну, профілактичну і розвивальну спрямованість залежно від завдань проведення.

### **2.3. Потенціал ігрових технологій у реабілітаційній діяльності особового складу Збройних Сил України**

У науково-довідковій літературі гру трактують по-різному. У Великому тлумачному словнику гра розуміється як заняття, що підпорядковане сукупності правил і прийомів, або базується на певних умовах, що розкриває її процесуальний зміст. Багатогранність ігрової діяльності, яка розвиває, виховує, соціалізує та концентрується на конкретній меті, полягає у збагаченні особи знаннями, уміннями, досвідом та є процесом опанування знань, досвіду з урахуванням досягнень і недоліків минулого, набуття навичок, умінь виконувати певні дії, виховувати та виробляти в собі певні якості, риси, уміння [91, с. 706].

Так, з позиції філософії, гра – це непродуктивна діяльність, яка здійснюється не заради практичних цілей, а служить для розваги та забави, доставляючи радість сама по собі. Гра відрізняється як від праці, так і від чисто інстинктивних дії, її відносять до певної стадії розвитку вищих істот – ссавців і людей [331]; одна з головних і найдавніших форм естетичної діяльності – неутилітарної, яку здійснюють заради неї самої і яка доставляє її учасникам і глядачам естетичну насолоду, задоволення, радість. Принципово

непродуктивний і внераціональний характер гри з давніх-давен пов'язував її із сакральними і культовими діями, з мистецтвом, наділяв таємничими, магичними сенсами [225].

З позиції культурології, гра – це вид непродуктивної діяльності, мотив якої полягає не в результатах, а в самому процесі [113]; форма вільного самовираження людини, що припускає реальну відкритість світу можливого і розгортається або у вигляді змагання, або у вигляді подання будь-яких ситуацій, смислів і станів. Сучасна культурологічна думка висуває гру в якості самостійної галузі вивчення і обґрунтовує наскрізне значення гри в розвитку основних культурних форм людської діяльності – мистецтві, науці, філософії, політиці [171].

З'ясовано, що у психологічному контексті, гра є формою діяльності в умовних ситуаціях, спрямованою на відтворення і засвоєння суспільного досвіду, фіксованого в соціально закріплених способах здійснення предметних дій, у предметах науки і культури [180]; активністю індивіда, спрямована на умовне моделювання якоїсь розгорнутої діяльності, для людини – формою діяльності в умовних ситуаціях, спрямованою на відтворення і засвоєння суспільного досвіду, фіксованого в соціально закріплених способах здійснення предметних дій, у предметах науки і культури [299].

У «Енциклопедії освіти» гра розглядається як вид креативної діяльності людини, у процесі якої в уявній формі відтворюються способи дій з предметами, стосунки між людьми, норми соціального життя та культурні надбання людства, які характеризують історично досягнутий рівень розвитку суспільства [124, с. 139–140].

Представимо феномен гри з різних наукових підходів в узагальненому вигляді у табл. 2.8.

## Визначення гри з різних наукових підходів

Автор	Змістове наповнення поняття «гра»
А. Бурлака	Гра – метод нейтралізації фрустраційного комплексу в реабілітаційно-адаптаційних і рекреаційних процесах військовослужбовців [84]
В. Давидов	Головним «продуктом» гри є та чи інша зміна, формування та розвиток особистісних якостей, певні особистісні новоутворення [263, с. 117]
С. Довбня	«Гра – це конкретний прояв індивідуальної та колективної ігрової діяльності, яка має конкретно-історичний, багатовидовий, креативний і багатофункціональний характер» [118, с. 249]
І. Кант	Пов'язував гру з мистецтвом, наголошуючи на подвійності реальності, необхідності балансування між свідомістю, штучністю конфлікту і сьогочасною вірою в реальність [156, с. 305]
А. Петровський	Гра володіє «можливостями досягнення цілей навчання і виховання, що не можуть бути надані іншими, традиційними чи новими формами і методами навчання» [240]
С. Рубінштейн	Гра є вираженням певного ставлення людини до навколишньої дійсності. «Суть гри – у здатності, відображаючи, перетворювати дійсність. Уперше виявляючись у грі, ця сама загальна людська здатність вперше у грі і формується. Уперше формується і виявляється потреба людини впливати на світ – у цьому основне, центральне і саме загальне значення гри» [279, с. 589].
О. Федоренко	Гра допомагає здобути не тільки певний соціальний досвід фахівця, але і соціальний досвід: навички соціальної взаємодії, управління людьми, формується психологічна спрямованість у діяльності і ставлення до неї, уміння керувати і підкорятися [329]
Г. Щедровицький	Гра створена суспільством для управління розвитком особистості: у цьому плані вона є особливим педагогічним творінням [348]

Отже, при різноманітності підходів до сутності гри, приємно відзначити, що дослідники вважають цей метод корисний не лише для дітей, а й для дорослих, оскільки він допомагає ефективніше соціалізуватися, вдосконалюючи при цьому певні знання, уміння і навички.

Як зазначають науковці [84; 207; 254; 341] висока ефективність гри обумовлена вагомими перевагами в порівнянні з традиційними. Деякі з них хотілося б виділити особливо:

- допомагає виразити себе в середовищі, реалізувати ті сторони духовного потенціалу людини, які не можуть бути затребувані при її звичайній діяльності;

- конструює і створює уявний простір, ситуації, рольовий супровід і шляхом заміщення втілює нереалізовані бажання, що формують фрустраційний комплекс;

- загострюють сприйняття інших людей і розвивають здатність оцінювати і реагувати на їхні потреби та інтереси;

- мотивує людину, сприяє соціалізації та професійному розвитку, надає можливості перевірити на практиці, розвинути й інтегрувати сформовані переконання, навички та здібності;

- допомагає побачити людині особливості власного життя та відчутти включеність в оточуючий світ у цілому;

- спонукає краще зрозуміти і навчитися використовувати всю складність психічних, соціальних та організаційних процесів спілкування між людьми;

- спонукає учасників тренувати особистісні навички, необхідні у груповому процесі, а саме: диференційованого сприйняття, відкритої комунікації, постановки вимог, прийняття рішень, допомоги іншим, співробітництва, пошуку можливостей самопомоги, особистісної відповідальності;

– сприяє зняттю деяких захисних механізмів, оскільки інструкції і дотримання групових норм надають можливість моделювати у грі складні форми поведінки;

– у грі можна нехтувати деталями, виключити з інформаційного масиву так званий «шум», породжений властивостями реальних процесів, які не відносяться до справи;

– гра дає змогу «жити швидше» або «повільніше», прискорювати і уповільнювати хід подій. У обстановці умовної практики, яку створює гра, можна за декілька годин «прожити» декілька років;

– у грі можна кілька разів програвати одну і ту ж ситуацію, підходячи до її рішення кожного разу по-новому;

– різний масштаб охоплення ігрових ланок може значно скоротити терміни пошуку принципових рішень у різних умовах.

Зупинимося на перевагах ігрових технологій при проведенні реабілітації військовослужбовці, оскільки вони:

– отримують необхідну інформацію (знання, факти, історії) і формують відповідні уміння і навички;

– приймають рішення, за допомогою розробки, зміни та корекції плану дій;

– оцінюють власні дії і дії партнерів;

– розробляють тактику і стратегію своїх дій;

– вивчають структуру соціальної системи за умови розробки імітаційної гри [341, с. 25];

До прикладу, І. Мельничук [207] вважає, що перші серйозні ігри дорослих людей були військовими іграми, йдеться про військові маневри – це глобальні ігри за особливими правилами, а гра в шахи є предком сучасних імітаційних ігор. Сучасні ділові ігри беруть початок із 1930-х років, коли в колишньому СРСР запроваджувалася наукова організація праці для вирішення складних управлінських завдань. Наприкінці 50-х років ХХ ст.

ділові ігри отримали нове народження у США у зв'язку з вирішенням, знову ж таки, військових проблем.

Слід зазначити, що у військовослужбовців учасників бойових дій свідомість відрізняється від свідомості нормальної людини великою кількістю негативного енергоінформаційного матеріалу. Пам'ять про психотравмувальні ситуації підтримує високий рівень блокування енергоінформаційних каналів, що, в свою чергу, призводить до спотворення і негативного забарвлення будь-якої інформації.

Ігрова діяльність допомагає змінити структуру енергоінформаційного обміну, оскільки під час гри людина стає самою собою, знижується ступінь блокування енергоінформаційних каналів органів відчуттів, збільшується позитивний інформаційний енергообмін із зовнішнім середовищем, що дає змогу отримати внутрішню позитивну енергію.

На початкових етапах здійснення реабілітації, коли вивчають ігрові інтереси комбатантів, необхідно підбирати такий ігровий матеріал, що допоможе домогтися максимально позитивної енергоінформаційної наповненості свідомості комбатантів. У подальшому загальний стан буде покращуватися, зменшуючи при цьому деструктивні емоційні відчуття і отримуючи позитивні емоції. Саме в цей час необхідно розробляти ігри для індивідуальної корекції психоемоційного стану військовослужбовців.

У роботі з комбатантами фахівці (соціальні працівники, психологи) мають враховувати методичні вимоги до проведення ігор. Підтримуючи думку О. Федоренко [329], вважаємо, що, по-перше, гра має бути максимально наближена до реальних професійних умов. По-друге, продуктивна гра створює особливу атмосферу пошуку та невимушеності. По-третє, у грі мають бути чітко сформульовані завдання, зрозумілі всім її учасникам, визначені зміст і правила гри. По-четверте, у грі необхідно виявляти й аналізувати можливі варіанти розв'язання поставленої проблеми.

Вважаємо, що при проведенні будь-яких видів ігор з комбатантами необхідно дотримуватися певної технології. За основу ми взяли методику застосування інтерактивних технологій, розроблену І. Мельничук [207].

1. Підготовка до проведення заняття в ігровій формі, що містить визначення мети гри та її часового обмеження; установлення відповідності її змістового наповнення меті реабілітаційного заняття; розробку власного чи адаптація готового сценарію гри; структурування етапів ігрової взаємодії; забезпечення необхідним обладнанням та матеріалами; розробку чіткої покрокової інструкції для комбатантів – учасників ігрової взаємодії (мета, завдання, правила, ігрові дії, умови).

2. Безпосереднє проведення гри, що передбачає діяльність військовослужбовців як вияв їхньої внутрішньої (психологічної), зовнішньої (фізичної) та соціальної активності. Діяльнісна активність регулюється усвідомлюваною метою і має такі ознаки, як: передбачення результату; усвідомлення можливості його досягнення; обґрунтоване планування своїх дій; вибір відповідних раціональних форм, методів, засобів та орієнтирів у міжособистісних відносинах; гармонізація внутрішньої і зовнішньої діяльності; оцінювання процесу та результатів своєї праці, що потребує вмінь нормувати, враховувати, контролювати, приймати оптимальні рішення, вирішувати загальні організаційні завдання (діагностувати, прогнозувати, стимулювати діяльність, підходити до неї комплексно, системно, цілісно) і надає змогу комбатантам перевірити доцільність діяльності та її співрозмірність поставленій меті.

3. Аналітично-оцінювальний етап передбачає рефлексію, узагальнення результатів гри, формулювання висновків, визначення військовослужбовцями позитивних аспектів результативності гри для їхнього особистісного зростання, і встановлення фасилітатором недоліків, упущень, шляхів удосконалення ігрової взаємодії учасників для подальшого використання апробованої методики в майбутньому.

Ефективність гри залежатиме від принципів, які є обов'язковими, оскільки вони допоможуть організувати і провести гру ефективно й з користю для її учасників. До таких колектив авторів навчального посібника [240] відносять:

1) принцип імітаційного моделювання конкретних умов і динаміки професійної діяльності, а також моделювання змісту цієї діяльності. Відповідно до цього принципу створюється як імітаційна модель умов діяльності, так і ігрова модель професійної діяльності. Розгортання цих двох моделей на етапі проведення гри створює предметний і соціальний контексти майбутньої діяльності;

2) принцип проблемності змісту ділової гри і процесу його розгортання в пізнавальній діяльності комбатантів. Цей принцип означає, що в предметний матеріал ділової гри необхідно закладати навчальні проблеми, у вигляді системи ігрових завдань для учасників. Характерною рисою таких завдань є те, що в них міститься той чи інший тип протиріч, характерний для проблемного навчання. При зіткненні з завданням подібного роду комбатант починає відчувати стан ускладнення, виникнення запитань, пізнавальної потреби, що спонукає його виявити протиріччя і вийти з цього стану – проблемної ситуації;

3) принцип спільної діяльності учасників в умовах рольової взаємодії, розподілу й інтеграції тих професійних функцій фахівців, що імітуються у грі. Гра передбачає спілкування і взаємодію учасників, що можуть виникнути тільки при наявності декількох суб'єктів спілкування. У цьому випадку реалізується методологічна схема «суб'єкт-суб'єктних» відносин, що виступає необхідною умовою розвитку психічних процесів, мислення фахівця;

4) принцип діалогічного спілкування і взаємодії партнерів по грі як необхідна умова рішення навчальних задач, підготовки і прийняття погоджених рішень, розвитку пізнавальної активності особистості. Переживання проблемної ситуації – ситуації взаємодії з об'єктом – є



«запитальним» станом учасника гри. Обумовлений проблемним змістом ділової гри, питання може бути задано партнеру по грі, утягуючи його тим самим у спілкування, спрямоване на спільний пошук потрібної відповіді. Відповідь, зустрічне питання або система міркувань партнера обумовлюють спільну діяльність у напрямку ухвалення рішення. Навіть при наявності однакових умов і однакової інформації люди неоднозначно інтерпретують їх зміст, що створює необхідні передумови для зародження діалогу, обговорення, дискусії, узгодження позицій і інтересів;

5) принцип двоплановості ігрової діяльності. Сутність цього принципу полягає в тому, що діяльність щодо формування і розвитку особистості фахівця реалізується в ігровій формі, що дає змогу учасникам інтелектуально й емоційно розкритися, проявити творчу ініціативу. Знаходячись у ситуації, що замінює умови професійної діяльності, комбатант повинен оволодіти апаратом здійснення цієї діяльності – системою знань, умінь, навичок, відносин з іншими людьми.

Названі вище принципи взаємопов'язані між собою, кожен з них є логічним продовженням і розвитком іншого [240; с. 212–216].

У грі прийняте рішення реалізується в розвитку (доопрацюванні, зміні, корекції) плану. Приймаючи участь у грі, реабілітовані оцінюють власні дії та дії партнерів. Вірно вибрані тактика і стратегія призводять до успіху в грі. Людина розуміє, чи є її дії ефективними, якщо ні, то дивиться, що зроблено не так, і шукає способи змінити стратегію [84].

Важливим для нашого дослідження є висновки А. Бурлака [84], щодо того, що в ігровій діяльності в боротьбі за виграш виникає стан азарту і виділяються ендорфіни, які впливають, як на психоемоційний стан, так і на весь організм в цілому. Таким чином, гра допомагає зменшити стрес.

Існують різні підходи до класифікацій видів ігор. Так, Ю. Гільбух описує ігри, які мають виражену мотивацію діяльності, ініціативу, підпорядкування правилам, більш високу результативність. Автор розділяє їх на навчально-рольові (із прийняттям певних рольових функцій – масок; із

використанням казкового сюжету; із фантазуванням; засновані на програванні професійних ролей) і змагальні [101].

I. Мельничук розподіляє ігри на такі групи:

- 1) імітаційні ігри – логічно-розумові, креативно-пізнавальні, аналіз конкретних ситуацій;
- 2) рольові ігри – організаційно-діяльнісні, ситуативно-сюжетні, професійно-комунікативні, симулятивно-ігрові ситуації;
- 3) навчальні інтерактивні ігри – репродуктивні, пізнавально-розвиваючі, творчі, узагальнюючі, контролюючі;
- 4) тренувальні інтерактивні ігри – діагностичні, комунікативні, соціально-психологічні, рефлексивні [207].

V. Селіванов розділяє ігри на два види в залежності від основного змісту ігрових дій. В одному випадку основу змісту гри складає дидактичний матеріал, дії з яким наділяються в ігрову форму. В іншому випадку дидактичний матеріал включається як елемент в ігрову діяльність, яка є основною, як за формою, так і за змістом [288, с. 213].

C. Жицька виділяє чотири типи навчально-рольових ігор професійної спрямованості: тренувальні ігри, ігрові етюди; ситуативні навчально-рольові ігри; професійно-діяльнісні навчально-рольові ігри; інструментально-змагальні навчально-рольові ігри [131].

Згідно з класифікацією М. Кларіна [163], ігри розподіляють на такі групи:

- 1) рольові навчальні ігри (ігри-драматизації, ігри-моделювання, ігри-ілюстрації, сполучення гри зі спрямованою дискусією);
- 2) імітаційно-моделюючі ігри (ігри-вправи, ігри-ілюстрації, ігри з посиленням рольовим компонентом, зі спільним прийняттям рішень у складному соціальному контексті);
- 3) ігри, що забезпечують комплексний аналіз природно-наукових і технічних проблем, і дискусій («круглий стіл», «засідання експертної групи», «форум», «симпозіум», «дебати»).

У своєму дослідженні В. Оконь [231] виокремлює функціональні, тематичні й конструктивні ігри, а за змістом – дидактичні, спортивні і військові. Слід зазначити, що більшість з названих вище ігор вчені пропонують використовувати у навчальному процесі вищої школи. Ми не погоджуємося з цим, оскільки це суттєво зменшує їх функціональну значущість. Наш досвід переконує в тому, що запропоновані ігри є корисними й ефективними саме у процесі здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

До прикладу, *ділова гра* створює обстановку умовної практики і включає її учасників у взаємодію з представниками інших рольових позицій (соціальний аспект). У діловій грі необхідними є ситуація вибору і прийняття рішення, в якій відтворюються умови, наближені до реальних. Окрім цього в діловій грі учасники опановують нові ролі, що допомагають зрозуміти й опанувати нові функції. Саме у грі відбувається моделювання конкретних подій, явищ, які допоможуть у безпечній обстановці прийняти правильне рішення і почувати себе при цьому впевнено і комфортно. У діловій грі будь-яку ситуацію можна програти у зручний час, період (минулий, теперішній, майбутній). Перевагою ділових ігор є те, що вони органічно поєднують теорію і практику, формуючи необхідні знання, уміння і навички. Різновидом ділової гри є *професійні ігри*, призначені для розвитку у комбатантів творчого мислення, формування практичних умінь і навичок, вироблення індивідуального стилю спілкування і поведінки при колективному рішенні завдань. Професійна гра – це в певному значенні репетиція елементів професійної діяльності майбутнього військового фахівця [254].

Окремою групою зарубіжні дослідники [84] виділяють *реабілітаційні ігри*, що виховують гнучкість у вирішенні проблем, оскільки в них немає єдиного вірного рішення, стратегії, яка завжди спрацьовує. Ігри досліджують динамічні процеси, в яких одночасно діє безліч складових, і потрібно випробувати кілька рішень. Різновидом реабілітаційних ігор є *спеціалізовані реабілітаційні комп'ютерні ігри*, які використовують при реабілітації

комбатантів з руховими порушеннями. Виконуючи певну вправу, військовослужбовець одночасно грає в комп'ютерну гру, яка мотивує його до тренувань, сприяє розвитку швидкості реакції, координації й рівноваги [376].

Імітаційні ігри називають імітаційними вправами і вбачають їх користь у навчанні конкретним функціям, навичкам і вмінням [358, с. 62]. За цілями навчання імітаційні ігри поділяють на три групи – ігри, призначені для засвоєння знань; для використання знань; для зміни ставлення (позиції, точки зору). По суті, це так звані практичні вправи, які забезпечують миттєвий зворотний зв'язок, і проводять під наглядом ведучого. При цьому, як доводять фахівці, «кожен вид імітаційної гри вимагає побудови своєї моделі, відмінної від інших» [363, с. 184]. Окрім цього, імітаційні ігри розподіляють на дві категорії: 1) ігри, в яких обігрують ролі, приймають рішення і відбувається взаємодія між гравцями – це так звані ігри міжособистісної взаємодії; 2) ігри, в яких інформація передається за допомогою технічних засобів – слайдів, кінофільмів, програм, комп'ютерів, так звані ігри з переважанням технічних засобів [363, с. 134].

Згідно з класифікацією зарубіжних учених [356, с. 153], за способом створення виокремлюють такі типи імітаційних ігор: прості ігри для двох осіб; комп'ютерні ігри; комплексні гри.

У процесі проведення ігор можна застосовувати імітаційне моделювання, рольову гру, вправи з розв'язанням проблем, укладання угод, імітаційні моделі типу «ін-баскет». Хотілося б детальніше зупинитися на аналізі ігрових методів у роботі з військовослужбовцями, серед яких особливе місце займають методи аналізу конкретних ситуацій, «мозкової атаки», інтелектуальної розминки тощо. Так, *метод аналізу (розбору) конкретних ситуацій* має ґрунтуватися на аналізі деякого фіксованого поєднання початкових даних, динаміка в таких ситуаціях відсутня. Завдання не передбачають взаємодії команд гравців і окремих учасників, не передбачається і вироблення колегіальних рішень в процесі аналізу ситуацій. Метод розрахований на індивідуальну роботу, він є формою ігрового

моделювання, сприяє формуванню професійної інтуїції, умінню розбиратися в нестандартних ситуаціях, а також передбачати можливі наслідки рішень. Можна запропонувати комбатантам самостійно проаналізувати ті або інші критичні ситуації, які на практиці привели до непередбачених наслідків, вимагали серйозних рішень. Привертання уваги до таких випадків особливо корисно для вироблення точок зору на свою повсякденну поведінку і в екстремальних умовах.

«Метод клініки» є частковим випадком методу аналізу конкретних ситуацій. Його суть полягає в тому, що на занятті детально аналізується підхід до вирішення тієї або іншої реальної проблеми. Всі учасники обговорення працюють на рівних і можуть висловити свою думку. Визначаються чіткі етапи рішення задачі, оцінюються супутні обставини, складається план дій. Цей метод рекомендується для тренування комбатантів у рішенні завдань у рамках заздалегідь складеної і відомої програми. Головною умовою успіху в цьому випадку є постановка завдань, безпосередньо пов'язаних з їх майбутніми професійними інтересами [254].

Різновидом методу аналізу конкретної ситуації є *метод розгляду аварійних випадків*. Кожен учасник заняття отримує письмовий опис істинної або уявної аварійної ситуації. Потім їм дається час на обдумування, після чого проводиться груповий аналіз. У кінці заняття підводяться підсумки обговорення. Цей метод добре розвиває у військовослужбовців уміння і навички управління діяльністю і його контролю, міжособистісних стосунків у колективі.

*Методи мозкової атаки* є емпірично знайденими ефективними способами рішення комбатантами творчих завдань. Саме ці методи дослідники [149] пропонують застосовувати в різних модифікаціях, а саме:

– *метод прямої мозкової атаки* можна використовувати для вирішення будь-яких творчих завдань, що мають різну форму і зміст. При постановці завдання необхідно з'ясувати, що в результаті бажано отримати або мати і що заважає отриманню бажаного? Тривалість сеансу мозкової

атаки складає 1,5–2 год. (представлення учасників і ознайомлення їх із правилами (5–10 хв.); постановка завдання з відповідями на питання (10–15 хв.), проведення мозкової атаки (20–30 хв.), перерва (10 хв.), складання відредагованого списку ідей (30–45 хв);

– *метод зворотної мозкової атаки* орієнтований на вирішення завдання, складання якнайповнішого списку недоліків даного об'єкту, на який спрямовується нічим не обмежена критика. Об'єктом такої атаки може бути конкретний технологічний процес, операція, рішення, прийняте в ході гри. Формулювання завдання передбачає короткі, вичерпні відповіді на питання типу: що є об'єктом, який вимагається поліпшити? Які відомі його недоліки? Що вимагається отримати в результаті зворотної мозкової атаки? На що треба звернути увагу?

– *суть подвійної прямої мозкової атаки* полягає в тому, що після проведення першої прямої мозкової атаки робиться перерва від 2 год. до 2–3 днів і потім вона повторюється ще раз. Практика свідчить, що при проведенні другої мозкової атаки по одному і тому ж завданню часто з'являються найбільш цінні, практично корисні ідеї або вдалий розвиток ідей першого сеансу;

– *мозкова атака з оцінкою ідей* призначена для вирішення складних організаційних завдань. Вона виконується в три етапи. На першому етапі проводять пряму мозкову атаку, складають загальний список ідей і передають кожному учасникові. Він отримує завдання індивідуально (незалежно від інших) відібрати із загального списку від трьох до п'яти кращих ідей з вказівкою їх переваги, при цьому список дозволяється доповнювати новими ідеями. На другому етапі кожен учасник повідомляє про відібрані ним (чи запропоновані додатково) 3–5 ідей з вказівкою їх переваг. По кожній ідеї проводиться коротка (5–10 хв.) мозкова атака для висунення ідей щодо поліпшення запропонованого варіанту, виявлення недоліків, висунення ідей по їх усуненню. В результаті обговорення складають таблицю, в якій фіксують опис ідеї, переваги і недоліки. Кожному

курсантові дається завдання вибрати з таблиці незалежно від інших один або два найкращі варіанти і представити по них свої рішення. На третьому етапі обговорюються представлені рішення для ранжирування їх від кращих до гірших. Складають пропозиції з описом найкращих з них. При цьому прийняті рішення можуть бути додатково пропрацьовані і деталізовані.

Вважаємо, що для реабілітації комбатантів можна застосовувати *психогімнастику* – курс спеціальних занять (етюдів, вправ, ігор), спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки людини (як її пізнавальної, так і емоційно-особової сфери) [338]. Одна з методик була створена Г. Юновою в колишній ЧССР у 1929 р. Кожне заняття складається з трьох фаз і включає ритміку, пантоміму, колективні ігри і танці:

I фаза – зняття напруги, що досягається за допомогою різних варіантів бігу і ходьби, що мають і соціометричне значення (наприклад, кого вибрати в напарники);

II фаза – пантоміма (поведінка у спеціально розіграній ситуації);

III фаза – завершальна, закріплююча почуття приналежності до групи (використовуються різного роду колективні ігри і танці).

*Хатха-йога* – це складова частина індійської йоги, яка передбачає систему фізичних вправ, спрямованих на вдосконалення людського тіла і функцій внутрішніх органів [332]. Вона складається з статичних поз (асан), дихальних вправ і елементів психорегуляції. Вплив на організм асан залежить від двох чинників – сильного розтягнення нервових стовбурів і м'язових рецепторів, посилення кровотока в певному органі (або органах) унаслідок зміни положення тіла. При порушенні рецепторів виникає могутній потік імпульсів у ЦНС, що стимулює діяльність відповідних нервових центрів і внутрішніх органів.

Медики [335] переконані, що хатха-йога допомагає суглобам повернути рухливість, нормалізувати дію опорно-рухової, серцево-судинної і травної систем, а також зміцнити імунітет людини. На тлі постійних стресів

виникають психологічні навантаження, в цьому випадку заняття йогою дають змогу розслабитися і зняти емоційну напругу.

У позі «сіршасана» (стійка на голові) збільшується приток крові до головного мозку, в позі лотоса – до органів малого таза. Виконання спеціальних дихальних вправ (дихання, що контролюється), пов'язаних із затримкою дихання, крім нервово-рефлекторного впливу на організм сприяє збільшенню життєвої ємності легень і підвищує стійкість організму до гіпоксії. «Шавасана» («мертва поза») з повною м'язовою релаксацією і зануренням у напівсонний стан використовується для більш швидкого і повного відновлення організму після сильної м'язової напруги в статичних позах. Стимуляція відновлювальних процесів і підвищення ефективності відпочинку відбувається завдяки зниженню потоку імпульсів від розслаблених м'язів у ЦНС, а також посиленню кровотоку в м'язових групах, що працювали [84].

Хатха-йогу можна використовувати в інтенсивних комплексних реабілітаційних програмах. Для цього корисними будуть такі вправи, як черевне і повне дихання йогоїв, аутогенне тренування (варіант «мертвої пози»), вправи на гнучкість («пflug»), елементи гігієни тіла і харчування. Система «хатха-йога» вимагає виконання асан рано вранці на свіжому повітрі (в парку, лісі, біля моря), а після заняття – обов'язкова повна релаксація (розслаблення) 15–20 хв.

У контексті медичної реабілітації військовослужбовців корисними є асани, спрямовані на згинання хребта вперед (Сарвангасана, Халасана, подвійна сіршасана, Пашімоттанасана), згинання хребта назад (Бхуджангасана, Салабхасана, Ваджрасана, Дханурасана). Асани, що впливають на хребетно-рухові сегменти, зміцнюють обертальні м'язи хребта (Ардха-матсіендрасана). Для зміцнення органів дихання використовують дихальні вправи (повне дихання йогоїв, очисний подих йогоїв, дихання, що зміцнює нерви) [208].



Загалом використання методів йоги в ігровому форматі дасть змогу забезпечити швидке навчання досить складним координованим вправ, знизити артеріальний тиск, збільшити вміст у крові еритроцитів, гемоглобіну і життєву ємність легенів (ЖЕЛ – максимальна кількість повітря, що видихається після найглибшого вдиху. ЖЕЛ є одним з основних показників стану апарату зовнішнього дихання).

Підтримуючи думку зарубіжних дослідників [83], вважаємо, що при проведенні комплексної реабілітації можна використовувати гру в стилі *джид-кун-до* (бій без правил), автором якої був Брюс Лі. Психологічні аспекти стилю припускають переклад свідомості на рівень стану «активної порожнечі». При цьому досягається внутрішній спокій і організм адекватно реагує на зовнішні і внутрішні подразники, досягається психофізіологічний комфорт при конфліктних або стресових ситуаціях.

Вибір *джид-кун-до* в комплексній реабілітації військовослужбовців пояснюємо, по-перше, можливістю реалізації психотерапевтичних завдань (стати самим собою, тобто навчитися бути природним; перевести свідомість у стан «тут і зараз», тобто перебувати в стані активної уваги і психологічної зібраності, залишаючись при цьому розслабленим; реалізувати стан «активної порожнечі», коли свідомість відразу виконує правильні дії). По-друге, можливістю поліпшення психоемоційної сфери, що надалі позитивно позначиться на загальному стані здоров'я комбатантів, центральної нервової та серцево-судинної систем.

Зупинимося на розгляді ще одного ігрового методу – *хортинг* – як бойове мистецтво означає засіб досягнення перемоги над озброєним противником, і однією з його методик є вид боротьби без зброї, що рівноцінно боротьбі неозброєним способом. Арсенал хортингу володіє прийоми боротьби з декількома противниками, систематизованими й ефективними способами перетворення будь-якого органу або частини тіла у засіб протистояння озброєному противнику. Тому кожний підготовлений хортингіст, який серйозно займається цим видом бойового мистецтва,

володіє всім різноманіттям засобів протидії супернику. Серед цих засобів виокремлюють не тільки підготовлені кулаки, а й загартовані ноги, лікті, коліна, і що важливо, – відпрацьований широкий арсенал ефективної кидкової техніки. Практики [127] доводять, що кінцівки тіла як засоби техніки самооборони й атаки мають бути відповідно треновані, щоб у разі цілеспрямованої агресії хортингіст міг протистояти нападнику.

Методика викладання хортингу комбатантам передбачає: визначення рівня фізичної підготовленості комбатантів; розучування та виконання вправ на розвиток сили, швидкості, витривалості; спортивні та військово-прикладні ігри; основи самозахисту; самостраховку; підготовчі вправи; поняття про необхідну самооборону, захист від ударів рукою, ногою; нанесення ударів, захвати, звільнення від захватів; розучування елементів хортингу; захист від раптового нападу; тренування у виконанні базової спортивної та прикладної техніки хортингу; прийоми боротьби з декількома противниками; прийоми відновлення та лікування при небезпечних ураженнях і пораненнях [128].

Проведений аналіз сутності, видів ігрових технологій дав змогу визначити їхні можливості у роботі з військовослужбовцями учасниками бойових дій при проведенні комплексної реабілітації останніх.

1) Підвищення у реабілітованих інтересу до навчально-коректувальних занять і пов'язаних з ними проблем, які моделюються або проектуються за допомогою різних видів ігор.

2) Формування особистісної позиції, що проявляється у формуванні моральних особистісних якостей військовослужбовців.

3) Розвиток у комбатантів комплексу комунікативних, управлінських умінь і навичок, умінь приймати рішення у ситуаціях, які моделюються в процесі гри.

4) Зростання пізнавальної активності реабілітованих у процесі навчання, що дає змогу отримувати і засвоювати більшу кількість необхідної інформації, заснованої на конкретних життєвих прикладах, що моделюється в грі.

5) Активізація розумової діяльності військовослужбовців при аналізі проблемних ситуацій, представлених у грі.

б) Кардинальна зміна ставлення до навколишньої дійсності, зменшення тривожності і страхів, пов'язаних з відсутністю розуміння з боку соціального середовища, сім'ї, невпевненістю у завтрашньому дні.

Таким чином, підсумовуючи наголосимо на тому, що ігрові технології володіють значним потенціалом у реабілітаційній діяльності особового складу Збройних Сил України, що були залучені до ведення бойових дій.

#### **2.4. Перспективи застосування тренінгових технологій у реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях**

Досвід останніх років дає можливість говорити про високу ефективність упровадження активних форм навчання, серед яких найпоширенішими і найефективнішими ми вважаємо тренінг. В. Могильов вважає, що однією з труднощів спілкування у ветеранів і інвалідів військової служби є відстрочені реакції на психотравмувальний стрес і особливо той, який стався в бойовій обстановці або в ситуації, пов'язаної з ризиком для життя [210]. Саме тому в основі проведення реабілітаційних заходів, що знімають або частково послаблюють проблему труднощів у спілкуванні колишніх військовослужбовців, має бути покладений тренінг.

Привабливість та переваги тренінгу К. Рудестам [280] пов'язує з його специфічними властивостями, а саме:

- 1) можливість отримання зворотного зв'язку і підтримки від людей, які мають спільні проблеми чи переживання з конкретним учасником групи;
- 2) на тренінгу відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей;
- 3) в групі людина відчуває себе одночасно і прийнятою, оточеною турботою, і такою, яка сприймає інших людей, користується довірою і довіряє,

отримує допомогу і допомагає;

4) спостерігаючи за груповою взаємодією, учасники можуть ідентифікувати себе з іншими, використовуючи сталий емоційний зв'язок при оцінці власних відчуттів і поведінки;

5) група може полегшити процес самодослідження й інтроспекції, саморозкриття;

б) як метод психологічної допомоги група економічно більш доступна людям.

У науково-довідковій літературі тренінг розуміють по-різному. Так, у словник сучасної української мови тренінг представлено як тренування, а також спеціальний режим, навчання, виховання, тренування [91].

З точки зору психології – як систематичне тренування або вдосконалення певних навичок і поведінки учасників тренінгу [299]; сукупність психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, спілкування і міжперсональної взаємодії, комунікативних та професійних умінь. Коло методик, що базуються на різних теоретичних засадах [267]; сфера практичної психології, яка орієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку психічних властивостей [265, с. 423].

У соціологічному контексті тренінг (від англ. Train – навчати, виховувати) – це спеціальний тренувальний режим, тренування; процес отримання умінь і навичок у певній галузі [351]. З позиції педагогіки тренінг передбачає «інтенсивне навчання з практичною спрямованістю. На відміну від навчання в рамках освітніх програм, орієнтованого на формування системи знань, тренінг спрямований на розвиток навичок, освоєння учасниками нового досвіду» [24, с. 291].

Науковці по-різному трактують наукову дефініцію «тренінг». Так, у розумінні С. Макшанова [199], тренінг – це багатофункціональний метод спеціальних змін психологічних феноменів людини, групи й організації з метою гармонізації професійного й особистісного буття людини. Особливістю

тренінгу А. Осипова визначає цілеспрямоване використання групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи тренера [239, с. 184]. Доволі креативно представляє тренінг Л. Бондарєва, підкреслюючи, що це «уніфікований процес, спрямований на відпрацювання однотипних і передбачуваних схем поведінки засобами стандартних інструкцій та багаторазового повторення і тренування здобувачів» [36, с. 115].

У контексті нашого дослідження цікавими є визначення тренінгу практиками. Так, у розумінні І. Вачкова [89], тренінг є сукупністю активних методів практичної психології, що використовують з метою формування навичок самопізнання і саморозвитку. О. Ситников переконаний, що тренінг являє собою синтетичну антропотехніку, «що поєднує в собі навчальну й ігрову діяльність, яка проходить в умовах моделювання різних ігрових ситуацій» [295, с. 144]. На думку А. Грецова [109, с. 89], тренінг – це «група методів розвитку здібностей до навчання і оволодіння будь-яким складним видом діяльності, зокрема спілкуванням». Нам імпонує визначення тренінгу, запропоноване В. Пузіковим. Аналізуючи технологію ведення тренінгу, вчений трактує його як будь-яку навчальну програму або набір процедур, розроблених для того, щоб в результаті їх роботи був отриманий кінцевий продукт у вигляді організму, здатного на деяку певну реакцію (реакції) або участь у деякій складній діяльності [270]. Б. Паригін відносить тренінг до методів group-counseling (групового консультування), описуючи їх як активне групове навчання навичок спілкування і життя в суспільстві взагалі: від навчання професійно корисних навичок до адаптації до нової соціальної ролі з відповідною корекцією Я-концепції та самооцінки [244]. У розумінні О. Сороки, «тренінг – це нетрадиційна форма організації навчання, спосіб організації активності його учасників з метою здобуття спеціальних знань, вироблення на цій основі умінь і навичок, необхідних для професійної діяльності» [304, с. 261]. На думку В. Лефтерова [190, с. 161], «тренінгові технології – це науково обґрунтована і практично доцільна сукупність знань і

засобів проведення тренінгів із персоналом організації, що сприяє високопродуктивному виконанню організаційних цілей і завдань. Це – унікальна соціально-психологічна реальність, що забезпечує соціальний прогрес у постіндустріальному суспільстві».

Сьогодні існують різноманітні види тренінгів в залежності від мети, завдань, учасників груп. Однак загальноприйнятої класифікації не вироблено. За критерієм спрямованості змін і впливів виділяють бізнес-тренінги, тренінги формування навичок, соціально-психологічні й психотерапевтичні тренінги, управлінські тренінги тощо.

За напрямом тренінги поділяють на три категорії, а саме:

- по-перше, тренінги особистісного зростання (розвиток пам'яті та уваги, лідерських якостей, цілепокладання, стресостійкості тощо). Їх головна мета – розкрити потенціал учасників тренінгу, зміцнити впевненість у своїх силах, мотивувати поведінкові стереотипи, націлити на нові досягнення;

- по-друге, комунікативні тренінги (планування часу, розстановка пріоритетів при вирішенні задач, уміння вести переговори) розвивають індивідуальні ділові якості людини;

- по-третє, спеціалізовані або професійні тренінги (маркетинг, менеджмент, логістика, мистецтво продаж тощо) сприяють удосконаленню та розвитку професійної діяльності [30].

Тренінг спілкування є базовою програмою практично для будь-якого тренінгу. Серед різноманіття тренінгів В. Пузіков [270] виокремлює тренінг впевненості в собі, тренінг переговорів, тренінг продажів, тренінг формування команди, тренінг безконфліктної поведінки тощо. В основі цих програм покладено соціально-психологічний тренінг – це «галузь практичної психології, що зорієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку компетентності в спілкуванні» [180, с. 423]. На переконання В. Ортинського, саме соціально-психологічний тренінг можна розглядати у якості своєрідного способу «формування знань та окремих навичок у сфері спілкування, а також форм їхньої відповідної корекції через

групову практику психологічного впливу, оснований на активних методах групової роботи» [237, с. 204].

Ще одним видом тренінгу І. Вачков називає груповий психологічний тренінг, що являє собою сукупність активних методів практичної психології, які використовують, по-перше, в рамках клінічної психотерапії при лікуванні неврозів, алкоголізму і соматичних захворюваннях; по-друге, для роботи з психічно здоровими людьми, які мають психологічні проблеми, з метою надання їм допомоги в саморозвитку [89, с. 13]. При цьому, повністю підтримуємо О. Євтіхова в тому, що «психологічний тренінг не просто дає змогу виробити і проаналізувати новий досвід, він орієнтує людину на «відчуття себе, свого «Я», дає можливість «доторкнутися» і частково усвідомити в собі те, що зазвичай приховано» [122, с. 18]. Психолог переконаний, що психологічний тренінг відкриває учасникам широке поле для того, щоб вступити в спілкування з самим собою, з тією вирішальною частиною себе, яка в повсякденному житті частіше не помічається або відверто ігнорується, тією частиною себе, яка ховається за зовнішніми масками і ролями.

З'ясовано, що психологічний тренінг активізує прагнення учасників до самопізнання і самовдосконалення, даючи можливість бути «скульпторами» власної особистості [122, с. 20]. Психологічний тренінг, у розумінні М. Бітянкової [26], – це форма активного навчання, що дає змогу людині «самоформувати» вміння та навички будувати соціальні міжособистісні відносини, продуктивну навчальну та іншу діяльність, аналізувати ситуації зі своєї точки зору і з позиції партнера, розвивати в собі здібності пізнання і розуміння себе та інших у процесі спілкування і діяльності.

Ще одним цікавим видом тренінгу для роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій є адаптивний. Ідея цього тренінгу виникла у контексті вивчення проблем соціально-психологічної адаптації людини до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. Аналізуючи загальну логіку і конкретні технології адаптивного соціально-психологічного тренінгу,

О. Кравченко [177] представив його зміст і особливості. По-перше, теорія є необхідною ланкою психотерапії, оскільки саме засвоєння військовослужбовцем закладеного в теорії образу людини і несподіване трактування його проблеми ведуть до лікування. По-друге, застосування «трифакторної моделі значимості іншого» О. Петровського для структурування суб'єкт-об'єктних відносин з різними сферами соціальної взаємодії. Ця модель екстраполюється у розумінні О. Кравченко у вигляді моделі значимості різних сфер спілкування у вигляді показників: А – атракції, Б – влади, статусу влади, Р – референтності, авторитетності. Організація тренінгової роботи з виділенням в особистісному полі світосприймання названих компонентів, дасть змогу будувати стратегію модифікації поведінки як на особистісно-індивідуальному рівні, так і на соціально-психологічному рівні. По-третє, безумовна пріоритетність особистості людини і зосередження основних зусиль для підвищення її задоволеності від різних сторін життя і сфер соціальної взаємодії. По-четверте, наявність чіткого алгоритму адаптивного тренінгу. Представимо його детальніше.

1) Існують потреби індивіда (особистісні й соціальні), що є рушійною силою його спонукань, соціальної активності, як правило конфліктують між собою.

2) Виникає проблема необхідності гармонізувати особистісно-соціальну взаємодію.

3) Розв'язання проблеми за рахунок створення у внутрішньому світі особистості механізмів, що дають змогу більш комфортно будувати взаємини з навколишнім середовищем.

4) Стратегія роботи в межах адаптивного тренінгу містить сферу самопізнання і сферу самоздійснення.

5) Стратегія самоздійснення структурується на основі особливостей взаємодії на різних рівнях:

– особистості – загальнолюдської культури;

– особистості – ціннісно-нормативного середовища сучасного



українського суспільства;

- особистості – ціннісно-нормативного середовища соціального інституту (насамперед професійного, військового);

- особистості – найближчого сімейно-родинного оточення.

б) Випробування різних стратегій адаптивної поведінки.

7) Якісний і кількісний вимір ходу адаптивних процесів і в цілому підсумків тренінгу:

- самозвіти учасників тренінгу – відчуття психологічного комфорту під час вирішення завдань соціально-психологічної взаємодії;

- експертні оцінки учасників консультативно-методичних груп – оцінка можливостей окремих методик і, в цілому, тренінгу;

- експертні оцінки психологів, які здійснювали супервізорські функції, щодо релевантності тренінгу задекларованим цілям [177, с. 109–111].

Варто враховувати той факт, що при розробці будь-якого тренінгу необхідно враховувати послідовність і чіткість його структурних елементів, а саме:

- вступну частину – відкриття тренінгу, вступне слово тренера, прийняття правил роботи, формування очікувань;

- основну частину – визначення рівня інформованості та актуалізація проблеми, надання інформації, надбання практичних навичок;

- заключну частину – підведення підсумків.

По-іншому представляє структурні елементи тренінгу О. Сорока [305], наголошуючи, що тренінг відбуватиметься ефективніше, якщо матиме такі складові: 1) привітання – знайомство учасників; 2) вироблення правил роботи в групі; 3) оголошення теми тренінгового заняття; 4) розминку; 5) основну частину: вступне слово тренера (міні-лекцію, інформаційні повідомлення, інструкції тощо), різноманітні вправи або ігри з подальшим обговоренням і рефлексією; 6) підбиття підсумків роботи – резюме ведучого; 7) прощання.

При проведенні тренінгу з комбатантами необхідно враховувати не тільки послідовність його структурних елементів, але й особливу увагу слід

приділяти аналізу невербальної комунікації. До невербальних форм спілкування традиційно відносять кілька параметрів. По-перше, це характеристики мови – ритм, темп, інтонації, паузи тощо можуть по-різному впливати на учасників тренінгової групи. По-друге, проксемика – це взаємне розташування, дистанція і пози. Найкращим варіантом вважається розташування під кутом від 45 до 90 градусів – це одночасно дає змогу сидіти дуже близько і не тиснути на співрозмовника, в той же час завжди можна зустрітися поглядом і при необхідності доторкнутися до співрозмовника. По-третє, рухи і жести, за допомогою яких учасники тренінгу можуть підкреслити важливе або навпаки, висловити своє негативне ставлення. Виділяють два типи жестів і рухів – ті, що описують поведінку, і ті, що підсилюють її. По-четверте, це міміка, за якою важливо стежити і правильно аналізувати, чим викликані ті чи інші зміни міміки і що це може означати. По-п'яте, зоровий контакт, який є особливо важливим моментом невербальної комунікації. Отже, при організації тренінгових занять увага до невербальної поведінки учасників дає змогу контролювати власну поведінку і оцінювати поведінку інших, що допоможе кращому проведенню тренінгу.

Вивчення особливостей комунікативної поведінки інвалідів дало змогу Л. Лабунській виділити характеристики, що перешкоджають спілкуванню. Вважаємо, що при проведенні тренінгу з військовослужбовцями тренер має враховувати експресивно-мовні характеристики поведінки партнера (мову, міміку тощо); соціально-перцептивні явища (стереотипи розуміння іншої людини, помилки у визначенні настрою); види відносин (невідповідність емоційного стану); форми звернення (почуття, ритм, такт); умови звернення (часте звертання) [210].

Для більш ґрунтовного розуміння сутності тренінгу необхідно розглянути його специфічні риси, серед яких основними І. Вачков [89] називає такі:

- 1) дотримання принципів групової роботи;
- 2) націленість на психологічну допомогу учасникам групи в

саморозвитку;

3) наявність більш-менш постійної групи (зазвичай від 7 до 15 осіб), періодично збирається на зустрічі або працює безперервно протягом двох-п'яти днів (так звані групи-марафони);

4) просторова організація (найчастіше – робота в зручному ізолюваному приміщенні, учасники більшу частину часу сидять у колі);

5) акцент на взаєминах між учасниками групи, які розвиваються й аналізуються в ситуації «тут і тепер»;

6) використання активних методів групової роботи;

7) об'єктивація суб'єктивних почуттів і емоцій учасників групи, невербалізована рефлексія;

8) атмосфера розкутості і свободи спілкування між учасниками, клімат психологічної безпеки [89, с. 14].

Оскільки обов'язковими елементами тренінгів є принципи, розглянемо деякі з них. Наприклад, А. Осипова [239] виокремлює такі принципи проведення тренінгових занять:

– принцип активності: члени групи постійно залучаються до ділових ігор, дискусій, виконують тематичні вправи;

– принцип партнерської взаємодії: характеризується рівністю психологічних позицій учасників, визнанням цінності особистості іншої людини, прагненням до співпереживання та розуміння інтересів співрозмовника;

– принцип безумовного прийняття учасників полягає у безоцінювальному сприйнятті учасниками одне одного;

– принцип об'єктивізації поведінки: провідним засобом об'єктивізації є зворотній зв'язок, тобто інформація, що отримує людина від інших учасників групи та від тренера, стосовно власної поведінки;

– принцип творчої позиції учасників: у процесі занять у групі постійно створюються ситуації, в яких учасникам доводиться проявляти

самостійність у розв'язанні завдань, відкривати для себе нові виміри проблемних ситуацій, знаходити конструктивні рішення [239].

Принципами ефективності тренінгу Г. Бакірова називає такі:

- 1) критерії повинні відображати цілі, завдання і методи тренінгу;
- 2) критерії повинні характеризувати комплекс ефектів, що досягаються за допомогою тренінгу;
- 3) вимір ефектів тренінгу потрібно виробляти і безпосередньо після його проведення, і пізніше;
- 4) слід використовувати як суб'єктивні оцінки учасників, так і об'єктивні показники змін у поведінці і діяльності [15, с. 28].

Окрім цього, ефективність тренінгу залежить від комплексу методів і технік, що використовують при його розробці. У навчальному посібнику під авторством В. Пахальяна [245, с. 31], метод – це «спосіб досягнення мети; система способів, за допомогою яких людина пізнає світ, освоює і перетворює об'єкти дійсності, що містить загальні принципи і конкретні прийоми поводження з тими чи іншими предметами». До тренінгових методів відносять різноманітні засоби навчання – ділові та рольові ігри, ситуаційні завдання, семінари, мозковий штурм, групову дискусію, доповідь, інформаційні повідомлення тощо. До базових методів тренінгу традиційно відносять групову дискусію і ситуаційно-рольові ігри [247]. І. Вачков [89] доповнює цей список психотерапевтичними, корекційними та навчальними методами.

Цікавою у практичному плані є розроблена І. Вачковим класифікація тренінгових методів, представлена п'ятьма групами, а саме:

- 1) групова дискусія (структурована, неструктурована; тематична, біографічна, інтеракційна);
- 2) ігрові методи (ситуаційно-рольові, дидактичні, творчі, організаційно-діяльнісні, ділові та імітаційні ігри);
- 3) методи, спрямовані на розвиток соціальної перцепції (вербальні й невербальні техніки);
- 4) методи тілесної терапії;

##### 5) медитативні техніки [89].

Розглянемо детальніше названі вище методи. Так, *групово дискусія* – це один із провідних тренінгових методів, що передбачає безперервний, нерегламентований обмін думками, судженнями між військовослужбовцями всередині групи, у ході якого створюється можливість рефлексії своїх неусвідомлених проблем, внутрішніх протиріч, які є причинами труднощів у спілкуванні. Тематика дискусій у своїй основі підбирається з урахуванням того, щоб вона занурювала учасників групи в світ проблем життя й діяльності військовослужбовців. Разом з тим у ході цієї роботи важливий не стільки результат вироблення якоїсь підсумкової точки зору з обговорюваного питання, скільки сам процес участі, у ході якого шліфується техніка комунікації, підбираються індивідуальні способи поведінки в групі.

Використання *ігрових методів* під час проведення тренінгу, на переконання І. Вачкова [89], надзвичайно продуктивно. Їх можливо застосовувати на першій стадії групової роботи для подолання скутості і напруженості учасників, безболісного зняття «психологічного захисту». Крім того, ігри можуть бути чудовим інструментом діагностики і самодіагностики, що дає змогу ненав'язливо, м'яко, легко виявити труднощі у спілкуванні і серйозні психологічні проблеми. Слід враховувати той факт, що ігри допомагають «закріпити» нові поведінкові вміння й навички, набуті нові способи оптимальної взаємодії з іншими людьми. (Потенціал ігрових методів у тренінговій роботі детально описано в п. 2.2).

Підтримуючи погляди психологів [89; 209; 270], вважаємо, що важливими тренінговими методами у роботі з військовослужбовцями учасниками бойових дій, є *методи, спрямовані на розвиток соціальної перцепції*. Учасники групи розвивають уміння адекватно сприймати, розуміти й оцінювати інших людей, самих себе, свою групу. В ході тренінгових занять вони отримують вербальну і невербальну інформацію про те, як їх сприймають інші учасники групи, наскільки точно вони сприймають самих себе. При цьому

розвиваються вміння глибокої рефлексії, смислової й оцінювальної інтерпретації об'єкта сприйняття.

Цікавими в практичному плані є *методи тілесно-орієнтованої психотерапії*, засновником якої є В. Райх. Виділяють три основні підгрупи прийомів: робота над структурою тіла (техніка Ф. Александера, метод Фельденкрайза), чуттєве усвідомлення і нервово-м'язова релаксація, східні методи (хатха-йога, тайчи, айкідо) [89].

Техніка Ф. Александера – це комплекс вправ, що допомагає людям правильно використовувати власне тіло, гармонійно задіювати власні м'язи. В основі методу лежить думка про те, що у кожної людини протягом життя виробляються звички неправильного використання свого тіла, що виражається в манері тримати поставу і здійснювати такі рухи, які неминуче призведуть до додаткового надмірного навантаження на опорно-руховий апарат, що є однією з основних причин порушення функціонування організму в цілому. Головна небезпека цих звичок криється в тому, що людина з часом до них звикає і починає сприймати їх як звичайні природні процеси. Ця техніка дає людині можливість насолоджуватися життям так, як вона сама цього хоче, а не так, як дозволяє їй власне тіло, адже незалежно від того, усвідомлює людина це чи ні, стан її тіла є дзеркальним відображенням якості її життя [170].

Метод М. Фельденкрайза не є різновидом лікувальної фізкультури або масажною технікою, оскільки він передбачає процес навчання, що має терапевтичний ефект. В основі методу – науковий підхід і комплексне розуміння функціонування і розвитку нервової системи людини. При роботі з тілом і рухами він перегукується зі східними практиками, проте є більш функціонально-орієнтованим. Роботу за методом М. Фельденкрайза можна здійснювати в двох формах – індивідуальній і груповій. У процесі індивідуальної або функціональної інтеграції тренер-практик допомагає людині по-новому відчувати своє тіло, знайти найбільш раціональні способи руху і прояву комплексних функціональних змін на рівні нервової системи (рух використовується як «мова мозку»). Під час групової (уроків усвідомленням

через рух або «трансформувальні уроки руху») інструктор голосом скеровує учасників за допомогою спеціально розроблених серії рухів на різні теми. При цьому рухи мають бути м'якими, повільними [202].

Особливим тренінговим методом, який користується популярністю як серед тренерів, так і серед учасників, є *психогімнастика* – це ігрові психологічні вправи, використання яких в ході тренінгу носять багатоцільовий характер. Рольова гра – ігровий метод, предметом вивчення якого є закономірності міжособистісного спілкування військовослужбовців [299]. Кожному з учасників рольової гри пропонується виконати роль відповідно до їхніх власних уявлень про характер і манери поведінки персонажа, а також ситуацію, яку пропонується розіграти за ролями. При цьому інші учасники тренінгу виступають як глядачі-експерти, яким належить обговорити, хто був достовірніше, чия лінія поведінки була більш правильною (адекватною), хто був переконливішим. Після розігрування сюжету проводиться обговорення побаченого (реалізованого в ігровій формі вирішення ситуації).

Ще одним методом є релаксаційні вправи – це система прийомів саморегуляції, спрямованих на різні функції організму з профілактичною метою [299]. У стані релаксації краще використовувати методи аутогенного тренування, що дає змогу активно управляти вищими психічними функціями (наприклад, зміцнювати силу волі, поліпшувати увагу), регулювати частоту скорочень серця, нормалізувати дихальний ритм, зменшувати й навіть знімати больові відчуття, у короткий термін відновлювати духовні й фізичні сили [278].

Окремо хотілося б зупинитися на тренінгових методах, що використовують у роботі з військовослужбовцями, які відчувають страхи – деструктивні емоційні стани, які несуть негативне забарвлення. Зокрема, психологи [279] наголошують, що поруч із негативним соматичним впливом вони через свій астеничний вплив на емоційно-вольову сферу особистості ускладнюють виконання нею професійної діяльності. Будучи за своєю сутністю дезадаптивним астеничним явищем, яке може набувати критичної інтенсивності, професійний страх перешкоджає оптимальному здійсненню

суб'єктом професійної діяльності, інколи навіть унеможливаючи її. Окрім цього, важливим аспектом негативного впливу зазначеного психологічного феномену, на думку О. Скрипкіна [298], є його сприяння розвитку психічної неспроможності військовослужбовців продовжувати свою фахову діяльність, зокрема, розвитку синдрому професійного вигорання, що призводить до їх подальшої професійної дискваліфікації.

Йдеться про метод систематичної десенсибілізації, розроблений Дж. Вольпе, сутність якого полягає у профілактиці неадаптивної (у тому числі невротичної) поведінки особистості шляхом виключення страху або тривоги, яке має відбутися через поєднання за часом рефлексу відчуження страху й протилежного рефлексу (заспокійливого), тобто реципрокність (взаємне виключення) емоцій [298].

Наступним тренінговим методом є метод імплзивної терапії, розроблений Т. Штампфлем, у версії «тривала експозиція стимулів». Цей метод побудований на гіпотезі, що невротична поведінка, особливо сильна тривога, формується як механізм уникнення, з метою боротьби з витисненими зі свідомості психотравмуючими переживаннями, і що стійкість тривоги стає можливою завдяки відносному успіху уникнення. Відмінність методу «тривала експозиція стимулів» від методу систематичної десенсибілізації полягає в тому, що пацієнтові пропонується або уявляти себе в найбільш страхаючих ситуаціях протягом тривалого періоду без релаксації, або перебувати в них. Експозиція стимулів в терапії страхів використовується у двох формах: у реальності (In Vivo) і в уяві (In Sensu). Часто обидва способи експозиції становлять єдину процедуру – клієнт спочатку зникає до страшних стимулів в уяві, потім домагається того ж у реальності. Мета імплзивної терапії – штучно викликати інтенсивний страх, який приведе до зменшення страху в реальній ситуації. Придушення страху відбувається в результаті тривалого перебування в ситуації, яка викликає страх, через формування нового динамічного стереотипу уявлення про ситуацію та усвідомлення ненастання наслідків, які раніше лякали можливістю свого настання. Зазначені психотерапевтичні



методи первинно протистоять один одному за принципом дії, хоча у поєднанні дають змогу нормалізувати стан емоційно-вольової сфери військовослужбовців в умовах професійної діяльності шляхом здійснення психологічної профілактики виникнення й розвитку тривожних розладів [298].

Як зазначалося вище, ефективність тренінгу залежить не тільки від методів, але й від тренінгових технік, що характеризують загальний спосіб і особливості тренінгового впливу. Фахівці [89; 270] розрізняють чотири основних тренінгових техніки, а саме:

1) інформаційна техніка використовується для забезпечення потрібної орієнтації учасників або передачі їм необхідних відомостей. У рамках цієї техніки можливе використання навчальних фільмів, відеозаписів, лекцій, конференцій, групових дискусій;

2) техніка симуляції імітує робоче місце майбутнього фахівця, організаційні ситуації, що можуть виникнути на роботі. На симуляційній техніці ґрунтується ціла низка навчальних методів – ігри, кейс-стаді;

3) вправи з практичного виконання роботи представляють собою завдання з отримання конкретних практичних навичок;

4) груподинамічні вправи орієнтовані на формування й удосконалення соціальної компетентності учасників – культури ділового спілкування, злагоженості дій у команді, вміння запобігати або конструктивно розв'язувати конфліктні ситуації.

Хотілося б зупинитися на *техніках активного слухання*, які доволі часто використовують при проведенні тренінгів, оскільки вони при вмілому використанні частіше дають позитивний результат і допомагають розкритися, витягнувши назовні приховані емоції і відчуття. Зазвичай, їх використовують при проведенні бесіди, яку включають у контекст тренінгу. Спосіб ведення бесіди може бути декілька, а саме:

– негативна оцінка, ігнорування та егоцентризм;

– випитування, зауваження про хід бесіди – це проміжні техніки або техніки пасивного слухання;

– техніки, що допомагають зрозуміти партнера – це прийоми активного слухання, причому можливі три ступені вербалізації:

1) промовляння – співрозмовник дослівно повторює висловлювання партнера, при цьому він може почати з вступної фрази: «Як я зрозумів вас ...»; «На вашу думку...»; «Іншими словами, ви вважаєте ...»;

2) перефразування – співрозмовник відтворює висловлювання партнера в скороченому і узагальненому вигляді, коротко формулює найсуттєвіше: «Ваши основні ідеї, як я зрозумів, є ...»; «Отже ...»;

3) розвиток ідеї – співрозмовник намагається вивести логічний наслідок з висловлювання партнера: «Якщо виходить з того, що ви сказали, то виходить, що ...»; «Ви так вважаєте, мабуть, тому, що ...» [270, с. 109].

Названі ступені вербалізації розрізняються лише ступенем переробки інформації. При цьому, співрозмовник сам визначає, який з них застосувати в даному випадку. Повністю підтримуємо В. Пузікова в тому, що «основним у вербалізації є те, що вона змушує партнера слухати. Якщо людина хоче повторити висловлювання партнера, вона повинна його вислухати і почути, тому вербалізація і називається активним слуханням – вона змушує активно слухати співрозмовника, тобто прикладати до цього зусилля» [270, с. 111].

При організації і проведенні тренінгових занять з військовослужбовцями, слід враховувати той факт, що вербалізація виконує низку важливих функцій, а саме:

- дає змогу зібрати інформацію;
- відображати найбільш важливу інформацію;
- з'ясувати, чи правильно зрозумілі слова партнера;
- допомагає краще запам'ятати інформацію;
- сприяє осмисленню інформації;
- дозволяє зробити важливі підсумки;
- спонукає людину триматися в руслі проблеми;
- є засобом орієнтації на партнера;
- допомагає партнеру краще зрозуміти свою проблему;

- дає можливість «закріпити» точку зору партнера;
- дає час на обдумування;
- дає змогу використовувати механізм паузи [270, с. 111–112].

Ще одними доволі розповсюдженими тренінговими техніками є *медитативні техніки*. «Медитація – це система духовної практики, яка дає змогу наблизитися до центру свого «Я» і тим самим прийняти на себе відповідальність за зміст своїх думок» [89, с. 78]. У сучасних тренінгах використовують різноманітні «медитативні» техніки, засновані на релаксації, елементах аутотренінгу, сугестивних і аутосугестивних прийомах. Як правило, їх відносять до медитацій-візуалізацій, оскільки практично завжди вони пов'язані зі створенням зорових образів. Кожна психотехніка містить три структурні частини: 1) психологічні впливи, спрямовані на релаксацію учасників і перехід до спокійного, неконцентрованого стану свідомості; 2) візуалізація, яку читає ведучий; 3) поступовий вихід з розслабленого стану.

Будь-яка психотехніка триває приблизно 15–20 хвилин. Під час медитації-візуалізації учасники або лежать на спині, або сидять у «позі кучера» на стільцях із закритими очима. При цьому поза повинна бути зручною, щоб під час вправи не виникало бажання змінити її.

При підготовці текстів по медитації-візуалізації необхідно враховувати те, що, події, які уявляють учасники відбуваються в теперішньому часі (за винятком спеціальних установок на позитивне самопочуття після закінчення вправи). Всі дії, установки повинні мати позитивний, життєстверджувальний настрій, тому не можна вживати частку «ні». Для того, щоб учасники краще розслабилися, необхідно говорити про «тепло», «млявість», «розслабленість» тощо. Після завершення техніки обов'язково проведення дебрифінгу – отримання зворотного зв'язку від кожного з членів групи з якомога повнішим описом власних відчуттів, емоцій і станів. Тренери-практики [89; 270] радять проводити медитації-візуалізації щодня в чотирьох–п'ятиденному тренінгу, а в тривалих тренінгах (12–15 днів) – цілком прийнятно і двічі на день, особливо при сильній стомлюваності учасників групи.

Окремою групою тренінгових технік є такі, що використовують у психодрамі і рольових іграх. Цікавою у практичному плані є виокремлення Д. Кіннером [161] групи базових технік, універсальних за можливостями їх застосування до психологічних або поведінкових проблем. Розглянемо їх детальніше:

1) представлення самого себе (самопрезентація) – серія коротких рольових дій, у яких головний герой зображує самого себе або когось дуже важливого для себе;

2) виконання ролі – імітація поведінки якоїсь людини або акт прийняття ролі частини тіла, тварини, неживого предмета – страху, смерті, невпевненості тощо;

3) діалог – зображення в рольових іграх взаємин між реальними людьми, де кожен грає самого себе, наприклад, у сімейній психотерапії;

4) монолог – промовляння своїх почуттів і думок вголос, дуже часто під час руху по колу;

5) дублювання – техніка, при якій допоміжна особа грає дублюючу роль протагоніста одночасно з ним, намагаючись стати його «психологічним двійником»;

б) репліки в сторону – в ситуації рольової гри, в якій головний герой спілкується з допоміжною особою і каже вголос, що він дійсно думає, відчуває або збирається робити;

7) обмін ролями – двоє людей міняються місцями на короткий час «фізично» таким чином, що А стає Б, а Б стає А. При цьому кожен переймає позу, манери, душевний і психологічний стан іншого;

8) техніка порожнього стільця – техніку, яку активно застосовують і в психодрамі, і в гештальттерапії. Протагоніст взаємодіє з уявним кимось або чимось, представленим одним або кількома порожніми стільцями, у формі монологу або частіше – обміну ролями;

9) техніка дзеркала – здійснюється допоміжною особою, яка виконує роль протагоніста протягом короткого часу, а протагоніст спостерігає за нею,

віддалившись з простору дії.

У контексті нашого дослідження доволі цікавим є досвід, описаний О. Караяні [158], який проводив соціально-психологічний тренінг на розвиток Я-концепції інвалідів та учасників війни в рамках реабілітаційної акції «Пам'ять і милосердя» в період з 4 по 25 листопада 2002 року в ЦМР «Русь». Військовий психолог переконаний, що соціально-психологічний тренінг для військовослужбовців спрямований, у першу чергу, на діагностику, розвиток і корекцію самосприйняття учасниками своїх комунікативних якостей, найбільш значущих цінностей і антицінностей. Учений розробив методичну схему, що передбачає послідовну реалізацію цільових установок тренінгу на кожному занятті зі збереженням повсякденної, наскрізної орієнтації на забезпечення поглибленого самопізнання учасників, переформування їх когнітивного простору, відчуття цінності власної особистості, формування впевненості у власних можливостях.

Вивчення самооцінки комунікативних якостей учасників здійснювалося в шість етапів у рамках виконання вправи «Комунікативні якості». На першому етапі учасники в індивідуальному режимі виділяли по 10 комунікативних якостей, що визначають ефективність взаємодії з людьми. На другому етапі на основі пред'явлення та обговорення індивідуальних списків вироблявся загальногруповий список найбільш важливих комунікативних якостей. На третьому етапі кожен учасник за 5-бальною шкалою оцінював ступінь прояву у себе якостей з групового списку. На четвертому етапі (на наступних заняттях) здійснювалася групова оцінка комунікативних якостей кожного учасника. На п'ятому етапі необхідно було, щоб учасники прийняли рішення про те, оцінку яких якостей вони хотіли б змінити. Шостий етап передбачав підсумкову самооцінку сформованості і прояву комунікативних якостей і їх порівняння з першим оцінюванням [158].

Результати проведеного О. Караяні тренінгу з військовослужбовцями засвідчили позитивні зрушення в показниках самосприйняття і комунікативних дій більшості учасників [158]. Це підтверджує нашу думку про те, що

тренінгові технології є доволі ефективною формою реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, оскільки тренінг дає змогу учасникам глибше пізнати свої психологічні та особистісні характеристики, скорегувати когнітивну модель життєдіяльності, відновити відчуття цінності власної особистості, зміцнити впевненість у своїх силах, знизити почуття ізольованості, психологічного дискомфорту, сформувати вміння і навички ефективної взаємодії, навчити прийомам психічної саморегуляції, знизити тривожність, агресію, відновити особистісну цілісність та контроль над подіями.

Сьогодні тренінг активно використовують в Україні у роботі з військовослужбовцями учасниками АТО. Йдеться про тренінги особистісного зростання й тренінги формування вмінь виявляти приховані ресурси особистості, запускати механізми саморозвитку, рефлексії; соціально-психологічні тренінги, наприклад тренінг «Сила духа», який спрямований на підвищення рівня професійної комунікації, розвиток навичок встановлення психологічного контакту з громадянами будь-якої категорії; тренінг «Вижити та врятувати», спрямований на навчання використовувати особистісні ресурси для подолання психотравмуючої ситуації, спрямовані на зниження рівня тривоги, набуття навичок тілесного та емоційного розслаблення, підвищення рівня емпатії та вміння отримувати підтримку від колег у надзвичайній ситуації [191]. Ці тренінги були впроваджені в практичну діяльність фахівців МНС відділенням впровадження психотренінгових технологій Харківського національного університету цивільного захисту України.

## **2.5. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій**

Найвагомішим фактором соціалізації особистості виступає сім'я. У розумінні В. Сатир [286, с. 52], «нормальна сім'я» як система містить такі елементи:

- 1) основні елементи (чоловіки і жінки, дорослі і діти);
- 3) мету (виховання підростаючого покоління і подальший розвиток всіх її членів);
- 4) порядок функціонування елементів системи (правила, за якими живе родина, тип спілкування між її членами, особливості їх самооцінки);
- 5) енергетика системи (енергія їжі, води, повітря, активність і життєві позиції членів сім'ї в їх поєднанні один з одним);
- б) взаємодію з зовнішнім світом (відношення сім'ї до змін життя).

У разі відсутності будь-якого з елементів або їх неефективного функціонування, сім'я потребує допомоги. Враховуючи той факт, що сім'ї військовослужбовців учасників бойових дій доволі часто опиняються не в змозі самотійно вирішувати проблеми соціального, психологічного, побутового характеру, вони потребують допомоги.

Повертаючись до мирного життя, комбатант часто продовжує залишатися адаптованим до бойової ситуації, зберігає ту функціональну систему психічних реакцій, яка була сформована під впливом стрес-факторів війни. В результаті виникає немотивована агресія по відношенню до близьких рідних (сварки та бійки у сім'ї, зниження життєвого тону, порушення сну, перепади настрою, почуття провини тощо). Саме так характеризують ПТСР, і без комплексної реабілітації, складовими якої є соціально-психологічна допомога, сімейна психотерапія, не обійтися.

Сьогодні сім'ї військовослужбовців стикаються з безліччю проблем різного характеру, причому частіше вони змушені розв'язувати їх самотійно без підтримки з боку держави і соціальних установ. Дослідники по-різному визначають проблеми сімей, зосереджуючи увагу на характерних ознаках сімей комбатантів або на чинниках, що по-різному впливають на функціонування сім'ї:

– сім'я функціонує без одного з батьків, чоловіка (чи дружини) впродовж тривалого часу;

– сім'ї часто не вистачає військовослужбовця на свята, дні народження і спеціальні події, оскільки він може перебувати на навчанні або виконанні бойового завдання;

– якщо військовослужбовець не задіяний у воєнних операціях, військова служба часто включає подовжений робочий день;

– структура сім'ї налаштовується таким чином, щоб поставити військову службу понад усім і функціонувати за умов відсутності одного з її членів;

– кожен член сім'ї має справу з дистресом потенційного неповернення коханої людини додому з війни або бойового завдання, або ж повернення зміненої людини – психологічно і / або фізично;

– можливість домашнього насильства, особливо після впливу на військовослужбовців травматичних бойових ситуацій [181];

– високий рівень тривожності, пов'язаний зі специфікою професійної діяльності (ризиком для життя і здоров'я, частими переїздами у зв'язку зі зміною місця проходження служби тощо);

– проблеми у вихованні дітей (характерною є гіпо- або гіперопіка);

– високий рівень агресивності батьків-військовослужбовців [35].

Ще однією суттєвою проблемою в сім'ях комбатантів дослідники [364] називають реінтеграцію. Під час розлуки подружжя живе окремим життям. Відокремлений військовослужбовець функціонує в межах бойової одиниці, за яку він несе відповідальність, натомість вдома його дружина виконує роль чоловіка і справляється з робочим навантаженням, яке раніше було розподілене на двох. Тому проблеми неминуче виникають тоді, коли військовослужбовець повертається і розраховує відновити стосунки на тому рівні, на якому вони існували до військового відрядження. Незалежність дружини стає «проблемним» фактором, який заважає чоловіку повернутися і він намагається реінтегруватися у сім'ю.

Сім'я учасників локальних збройних конфліктів закономірно знаходиться в центрі уваги фахівця із соціальної роботи, а її проблеми



становлять одну з найважливіших сфер його діяльності, вимагає приділяти постійну увагу роботі з сім'ями, надавати їм всебічне сприяння і допомогу у вирішенні широкого кола соціальних питань:

- практичної роботи з сім'ями військовослужбовців, ветеранів військової служби, постійно і на всіх рівнях розгляду умов їх життя;
- стану моральної атмосфери в їх сім'ях, утвердження в них здорового способу життя;
- розгляду питань надання житла, фінансового забезпечення, матеріальної допомоги, врахування потреб молодих і багатодітних сімей, сімей військовослужбовців, які загинули під час виконання службових обов'язків;
- прояву турботи про організацію дозвілля та сімейного відпочинку, оздоровлення дітей, активного використання можливостей культурно-просвітніх установ і спортивних споруд в інтересах задоволення духовних запитів, розвитку творчих здібностей і фізичного загартування членів сімей;
- роз'яснення членам сімей учасників локальних збройних конфліктів спрямування зусиль на підвищення престижу міцного сімейного союзу, материнства і батьківства, відповідальності подружжя за збереження сім'ї, створення в ній обстановки високої моральності і взаємної поваги; надання допомоги багатодітним і молодим сім'ям, сім'ям загиблих військовослужбовців; працевлаштування жінок, розвитку форм надомної роботи [116, с. 107].

Аналізуючи особливості роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців, В. Багрій приходять до висновку, що «соціально-педагогічна діяльність з сім'єю військовослужбовця – це різновид професійної діяльності, спрямований на створення сприятливих умов функціонування сім'ї, соціалізації та всебічного розвитку її членів, задоволення її соціокультурних потреб, налагодження або відновлення соціально схвалених способів її життєдіяльності» [14, с. 8]. Результатом соціально-педагогічної діяльності з сім'єю є формування в сім'ї здатності до

самовизначення, саморегуляції, адаптації до змінних умов, відповідно до її можливостей та особливостей соціального середовища [306, с. 266].

Американські дослідники серед завдань психологічної допомоги сім'ям ветеранів наголошують на таких:

1) подолання у ветерана ідентифікації з образом «пацієнта» в сім'ї, стану депресії, емоційної і соціальної відчуженості, неадекватних реакцій (прояв відстороненості) на хворобу і горе інших членів сім'ї;

2) подолання випадків насильства в сім'ї (з 600 обстежених ветеранів, кожен третій здійснював акти насильства по відношенню до інших членів сім'ї), зловживання алкоголем і наркотиками, прагнення до тривалої відсутності в сім'ї;

3) подолання небажання ветерана розповідати про свій військовий досвід, зменшення психологічної дистанції між ветераном і дітьми, поліпшення відносин між подружжям;

4) психологічна допомога жінкам ветеранів, надання взаємопідтримки в сім'ї [394].

Колектив Українських учених [308, с. 183] конкретизує завдання щодо роботи з сім'ями військовослужбовців, які має здійснювати соціальні працівники:

1) інформування сім'ї про наявність певних соціальних пілг; психологічна підтримка і відновлення;

2) соціальна та юридична консультація;

3) педагогічна корекція дітей, подолання труднощів у їхньому навчанні;

4) організація елементів малого виробництва, кооперативних форм праці, груп самодопомоги і взаємодопомоги;

5) навчання і перенавчання цивільних професій;

6) сімейне консультування з метою адаптації до життя;

7) культурно-дозвіллева діяльність.

Підкреслюючи важливість соціальної підтримки ветеранів для успішної реадaptaції, Б. Грін відзначав, що її відсутність, як правило, дає зворотний ефект. Крім того, доволі часто та частина ветеранів, яка в більшій мірі потребує соціальної та психологічної підтримки, нерідко, не в змозі нею скористатися. При цьому досить часто ветерани просто ізолюються від сім'ї і друзів [365]. Аналізую це явище, Д. Вільсон прийшов до висновку, що ветерани створюють своєрідний запобіжний «заслін» навколо себе, що б зберегти контроль над власними інтимними переживаннями, пов'язаними зі значущими людьми. Він вважає, що це прагнення до психологічної дистанції і відстороненості викликано військовим досвідом ветерана. Тому вже в мирних умовах вони продовжують контролювати глибину власних інтимних переживань і відносин, боячись знову відчути душевний біль, пов'язаний із втратою близької людини. При цьому тенденції до подолання відчуженості при нездатності до відкритого вираження своїх переживань може проявлятися в напруженості, дратівливості і конфліктах з близькими людьми [395].

При цьому необхідно враховувати, що до типових поведінкових девіацій для професії військовослужбовця відносять так звану командну (командирську) поведінку. Вона характеризується перенесенням традицій військової дисципліни на взаємини з близьким оточенням офіцера. Поведінка з відхиленнями відрізняється підвищеною вимогливістю до себе і оточуючих. Її основою є надмірна дисциплінованість, чітке дотримання розпорядку за графіком, послідовності діяльності. Цей вид девіації передбачає наявність епілептоїдних рис характеру: пунктуальності, схильності до порядку у вигляді любові до симетрії, чистоти, акуратності, ощадливості. Стереотипізація повсякденного життя, казармений тип взаємин нерідко призводять до конфліктів у сім'ї. Військовослужбовець-комбатант «в разі порушення членами сім'ї заведеного ним порядку може проявляти спалахи гніву, ставати дратівливим і нестриманим» [179, с. 45].

Визначальним фактором, що впливає на емоційний стан інваліда, визначення діяльності в якості реабілітації та адаптації, є сім'я. Люди з

обмеженими можливостями, зумовленими хворобою, інвалідністю, відчувають підвищену необхідність в опорі на близьких їм людей. Вони усвідомлюють, що їх доля в значній мірі залежить від позиції сім'ї. Від нестачі знань, культури, особистісних особливостей членів сім'ї і ряду інших чинників виникають різні типи реагування, а відповідно і поведінки їх у зв'язку з появою в сім'ї інваліда. Цей момент, як правило, супроводжується потрясінням, призводить близьких до стресового стану, викликає почуття розгубленості і безпорадності [210, с. 49].

Відомо, що в одних випадках у сім'ї існує нерозуміння ситуації, що склалася і в зв'язку з цим – пасивна реакція близьких. В інших випадках раціональне ставлення до появи в сім'ї інваліда або прояв гіперактивності близьких, пошук кращих лікарів, реабілітаційних центрів тощо [210, с. 49].

Медики [150] вважають, що при наданні медико-психологічної допомоги родичам загиблих існують три періоди у динаміці психічного стану членів їхніх сімей, а саме:

– «етап очікування» – характеризується яскраво вираженим нервово-психічним напруженням, обумовленим надією на неправдивість отриманої інформації про загибель військовослужбовця. У цей період спостерігаються психологічні стресові реакції з переважанням астено-депресивних і психоастенічних реакцій. На даному етапі найбільш ефективним психокорекційним заходом є фармакологічна корекція, спрямована на нормалізацію функціонального стану. Водночас, психологічна корекція дає лише відносний позитивний ефект;

– «етап дозволу» – починається з моменту появи офіційних повідомлень про загибель військовослужбовців, триває близько 3 діб і супроводжується агресивними, істероїдними і фобічними реакціями, нераціональними формами поведінки. Негативні емоції переважають над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. На даному етапі найбільш ефективними психокорекційними заходами є соціальна підтримка і фармакологічна корекція функціонального стану

родичів. Психологічна корекція (зокрема, раціональна психотерапія і сугестивні методи) дає незначний ефект;

– «етап відносної стабілізації психічного стану» – характеризується наявністю переважно астенічних, астено-депресивних і сенситивних реакцій. На даному етапі відмічається відносне переважання раціонального компонента над негативними емоційними реакціями. Найбільш ефективними заходами в цей період, на відміну від попередніх, є методи психологічної корекції (раціональна психотерапія, сугестивні методи корекції) на тлі фармакологічної підтримки. У цей час у родичів загиблих військовослужбовців проявляються психосоматичні розлади, загострюються хронічні захворювання.

Таким чином, колектив медиків зазначають, що в перший час найбільш ефективним методом є фармакокорекція, спрямована на нормалізацію сну. В окремих випадках з цією ж метою можна використовувати сугестивну терапію. На наступних етапах позитивне значення має раціональна психотерапія. Крім фармакокорекції і психологічної корекції застосовуються методи електрофізіологічної корекції (транскраніальний вплив) функціонального стану. У кабінеті психологічного розвантаження, технічно оснащеному телевізором, відеомагнітофоном, аудіомагнітолою, комплектами аудіо- та відеокасет, проводять відповідні корекційні курси. Ефективною є групова психотерапія у формі бесід, основним завданням яких є формування в родичів адекватного уявлення про те, що їхні рідні загинули, але життя триває і треба налаштуватися на вирішення насущних проблем. При цьому треба враховувати той факт, що концентрація значної кількості людей, які перебувають у стані вираженого емоційного стресу у відносно невеликому просторі, створює сприятливі умови для взаємного психічного індукування, швидкого розвитку істероїдних реакцій та інших нераціональних форм поведінки [150].

Різка зміна соціального статусу і матеріального становища сім'ї (нерідко в поєднанні з побутовою невлаштованістю), тяжкий психологічний

стан глави сім'ї не можуть не позначитися на всіх її членах. Дослідження науковців [116], проведені в останні роки, підтверджують, що потрібно надавати соціально-психологічну допомогу не тільки колишньому військовослужбовцю або ветерану «гарячих точок», а й усім його близьким: батькам, дружині, дітям. Саме тому сімейна психотерапія є надзвичайно актуальною для позитивної адаптації як самого військовослужбовця, так і всієї родини: як до умов несення військової служби, так і до мирних умов життєдіяльності.

Фахівці по-різному визначають сімейну психотерапію. Так, зарубіжні психологи [213] переконані, що це особливий вид психотерапії, спрямований на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у сім'ї, найбільш виражених у хворого члена сім'ї. Підтримуючи системний підхід, О. Бодальов трактував сімейну психотерапію як будь-яку форму психотерапії, що займається з сім'єю як з групою, включаючи подружжя, дітей, дідусів і бабусь, інших членів сім'ї, а також прийомну сім'ю і некровних родичів. При цьому сімейна психотерапія працює з усією сім'єю (її структурою, формами взаємин, стилем взаємодії) [265]. У розумінні Е. Ейдеміллера й В. Юстицкіс [350], сімейна психотерапія – це галузь психотерапії, що охоплює вивчення сім'ї та впливу на неї з метою профілактики психогенних захворювань, а також подальшої соціально-трудової реабілітації осіб, які виписалися з клінік. З позиції клінічної психології [165], сімейна психотерапія є напрямом сучасної психотерапії, при якій «клієнтом» для сімейного терапевта виступає не індивід, не професійна група, а сім'я. При всій різноманітності трактувань, можемо простежити подібність у тому, що всі дослідники відносять сімейну терапію до психотерапії (форма, галузь, напрям). При цьому об'єктом психотерапевтичного впливу є сім'я.

На обов'язковості проведення сімейної психотерапії наголошували зарубіжні дослідники [286; 293; 294]. Так у американському дослідженні, після війни США в Афганістані та Іраку перша загальна рекомендація

стосувалася того, щоб тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію сім'ї як цілісної системи, а не тільки її селективних частин [387].

Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих військовослужбовців їхні відносини в сім'ї. Виділяють два аспекти роботи з сім'ями учасників бойових дій – роботу з ними як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги комбатантам, які повернулися з війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців [90].

Успіх соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів і членів їх сімей багато в чому залежить від уміння обрати найбільш доцільні форми і методи роботи, врахування специфіки особливостей різних категорій військовослужбовців. У практичному аспекті, реалізуючи принципи адресності та гнучкості, «організатори соціальної роботи тим самим доходять до конкретної людини через сім'ю, в чому, власне, і полягає сенс цього виду службової діяльності» [116, с. 107].

Результати дослідження В. Березовця [22] показали, що успішна соціально-психологічна реабілітація ветеранів має позитивні кореляції з факторами сімейного благополуччя. Зарубіжні дослідження допомоги ветеранам показують, що зміна відносин у сім'ї може мати ключову роль у процесі здійснення психологічної допомоги ветеранам.

Будь-яка психологічна допомога сім'ям військовослужбовців повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

- 1) повазі до інтимних сторін життя сім'ї;
- 2) інформування сім'ї про можливі психологічні наслідки війни;
- 3) поєднанні психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, у тому числі з боку сімей інших ветеранів;
- 4) психотерапевтичному втручанні в життя сім'ї, яка повинна передбачати:
  - обережне вивчення джерел стресу в родині;

- визначення, які способи поведінки для боротьби з виниклими психологічними труднощами використовують у сім'ї, а які ні;
- інформування сім'ї про різні способи подолання наслідків травматичного стресу;
- допомога у створенні в родині системи взаємної підтримки; допомога в мобілізації тих сторін сімейних відносин, які здатні її зміцнити і забезпечити розв'язання психологічних проблем [396, с. 10–12].

З огляду на принципи сімейної терапії, важливо враховувати той факт, що сім'я повинна отримувати терапію в своєму повсякденному середовищі, в домашніх умовах. Відпочинок та санаторні сімейні програми можуть бути корисними, проте для стійких позитивних змін у сімейних відносинах, терапія повинна відбуватись у сімейному природному середовищі, вдома [390].

Зарубіжні вчені [374] пропонують розв'язувати сімейні проблеми у груповому форматі, оскільки, по-перше, група полегшує фасилітацію [389], по-друге, приємна атмосфера групи контрастує з симптоматикою травми і тому забезпечує лікувальний ефект, по-третє, моделюється радісне приємне середовище для зцілення.

При проведенні психологічної реабілітації рекомендують використовувати мультимодальну форму сімейної психотерапії, яка містить: індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами; заняття в групах, що складаються з декількох сімейних пар для вдосконалення комунікативної компетентності, створення системи взаємної соціальної підтримки [394].

На сучасному етапі розвитку сімейної психотерапії одним із найбільш перспективних напрямів з економічної і терапевтичної точок зору прийнято вважати системний. Його представники розглядають сім'ю як цілісну систему. При цьому підході окрема людина не є клієнтом і об'єктом впливу, клієнтом є вся сім'я.

Сімейна психотерапія орієнтована на зміну процесів психологічної природи – стосунків у сім'ї військовослужбовця, особистісних спотворень її



членів, взаємне задоволення потреб кожного з них і базується на застосуванні психологічних закономірностей спілкування і процесів підсвідомості, свідомості і самосвідомості особистості.

У процесі вивчення означеного кола питань, встановлено, що сімейна психотерапія реалізується за такими стратегіям: психотерапія сім'ї, в сім'ї і сім'єю. При цьому можливі такі її форми – індивідуальна з кожним членом сім'ї військовослужбовця; спільна психотерапія подружжя й інтегративна (змішана) психотерапія. Будь-які з цих форм можуть бути короткостроковими і довготривалими.

Можливими напрямками взаємодії між фахівцем (психологом, сімейним психотерапевтом), сім'єю військовослужбовця і особистістю (комбатантом) у процесі проведення сімейної психотерапії будуть такі:

- 1) фахівець – особистість – і через особистість допомога сім'ї;
- 2) фахівець – сім'я і через сім'ю допомога окремому члену сім'ї (комбатанту);
- 3) фахівець – особистість у сім'ї (інтеграційна допомога кожній окремій особистості в сім'ї).

Ми переконані, що головною умовою при проведенні сімейної терапії є збереження психологічного здоров'я сім'ї. Аналіз праць зарубіжних дослідників (табл. 2.9) дав змогу сформулювати цілі сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців учасників бойових дій. Отже, можна стверджувати, що основу увагу ми зосереджували на комбатанті, оскільки саме він є головним об'єктом впливу при проведенні сімейної психотерапії, одночасно він є «збудником» несприятливого психологічного клімату в сім'ї, оскільки процес його адаптації до умов мирного життя, як правило, протікає з ускладненнями.

## Цілі сімейної психотерапії з різних наукових підходів

Автор	Цілі сімейної психотерапії
Е. Ейдеміллер [350]	<ul style="list-style-type: none"> <li>— об'єднання психотерапевта з сім'єю;</li> <li>— засвоєння і підтримка процесів, які забезпечують збереження звичного функціонування сімейних підсистем, розподіл ролей і меж між підсистемами;</li> <li>— створення фрустрації для ініціювання переходу сім'ї на інший, більш складний рівень функціонування</li> </ul>
Д. Фрімен [333]	<ul style="list-style-type: none"> <li>— поліпшення внутрішньосімейних стосунків;</li> <li>— розуміння членами сім'ї того, що їх інтереси і потреби розуміють і поважають;</li> <li>— переробка позиції, за якої провина за сімейні проблеми покладається на когось одного;</li> <li>— формування більш гнучкого відношення до лідерства;</li> <li>— розвиток взаєморозуміння і емпатії;</li> <li>— прийняття існуючих відмінностей;</li> <li>— вдосконалення навичок індивідуального і спільного вирішення проблем;</li> <li>— розвиток здатності до інтроспекції та аналізу своїх потреб і переживань;</li> <li>— зміцнення незалежності;</li> <li>— досягнення балансу між прагненням членів сім'ї до незалежності, з одного боку, і бажанням до згуртованості – з іншого</li> </ul>
О. Черников [294]	<ul style="list-style-type: none"> <li>— зміни в структурі сім'ї (з урахуванням типів згуртованості, гнучкості, кордонів сім'ї);</li> <li>— допомога сім'ї у вирішенні завдань і вимог певного життєвого циклу і забезпечення успішного переходу на наступну стадію розвитку;</li> <li>— зміна характеру комунікацій у сім'ї (створення системи з позитивним зворотнім зв'язком);</li> <li>— робота з сімейною історією допомагає розблокувати сімейну систему і отримати доступ до сімейних секретів</li> </ul>

Цілями сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців ми визначили такі:

1) діагностика психоемоційного стану кожного члена сім'ї, які приймають участь у сімейній психотерапії;

- 2) покращення психоемоційного стану всіх членів сім'ї, особливо комбатанта;
- 3) формування умінь чітко розподіляти ролі з відповідними правами й обов'язками; в разі потреби – зміна або обмін ролями;
- 4) покращення комунікаційного стилю взаємодії у сім'ї (адекватна реакція на критику);
- 5) створення сприятливих морально і фізично здорових взаємовідносин у сім'ї;
- 6) програвання найбільш проблемних ситуацій, пошук можливих варіантів їх розв'язання;
- 7) формування вмінь спільно розв'язувати проблем, переходячи з індивідуального контексту на системний сімейний;
- 8) формування вмінь будувати гармонійні стосунки зі всіма членами сім'ї;
- 9) вироблення чітких правил поведінки у сім'ї і прийняття їх кожним членом сім'ї;
- 10) визначення індивідуальних і сімейних системних цілей.

Представимо етапи проведення сімейної психотерапії з точки зору різних наукових підходів (табл. 2.10).

*Таблиця 2.10*

### **Етапи сімейної психотерапії**

<b>Автор</b>	<b>Етапи сімейної психотерапії</b>
Е. Ейдеміллер [293]	1) об'єднання психотерапевта з сім'єю, приєднання його до сімейної структури ролей; 2) формулювання психотерапевтичного запиту; 3) реконструкція сімейних відносин; 4) завершення психотерапії і від'єднання
Е. Ейдеміллер, В. Юстіцкіс [350]	1) діагностувальний етап (постановка сімейного діагнозу); 2) ліквідація сімейного конфлікту; 3) реконструктивний етап; 4) підтримувальний етап

О. Черников [294]	1) виявлення центральної проблеми сім'ї, розподіл ролей і способів взаємодії її членів; 2) постановка перед сім'єю основної проблеми; 3) заперечення основної проблеми і дослідження приватних питань сімейного життя; 4) визнання основної проблеми, криза і дисоціація сімейної групи; 5) консолідація сім'ї та вироблення взаємоприйнятних рішень щодо основних проблем сімейного життя
-------------------	--

Вважаємо, що при проведенні сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців учасників бойових дій обов'язковими є такі етапи:

- 1) діагностувальний етап (визначення сімейних проблем);
- 2) робочий етап (реконструкція сімейних взаємовідносин);
- 3) завершальний етап (підготовка сім'ї самостійно справлятися з виникаючими проблемами).

Розглянемо їх детальніше. Так, діагностувальний етап зосереджений на виявленні сімейних проблем комбатанта. Для цього можна використовувати розроблені В. Сатир [286] ключові питання типу:

Чи добре Вам живеться зараз у Вашій сім'ї?

Чи відчуваєте Ви, що живете з друзями, спілкуєтеся з людьми, які Вам подобаються, яких Ви поважаєте, з людьми, які люблять і поважають Вас?

Бути членом Вашої сім'ї – це цікаво, приємно і радісно?

Аналіз, рефлексія сімейних проблем матимуть сприятливі результати при використанні особливого набору змістових сімейно-ситуаційних запитань:

1) Пригадайте крайні 3–5 випадків, коли Ви з дружиною (чоловіком) обговорювали важливі проблеми? При цьому скільки разів до кінця зберігали впевненість у своїй правоті?

2) Ви вважаєте, що є доброю людиною, готовою допомогти іншим членам сім'ї?

3) Чи часто Ви просите дружину (чоловіка) допомогти в разі потреби?

4) Чи не йдете Ви назустріч бажанням близьких людей (дружини або чоловіка) на шкоду особистим потребам, інтересам?

5) Чи не занадто часто Ви в розмові з дружиною (чоловіком) посилаєтеся на різні труднощі?

6) Чи не посилаєте Ви своїй дружині (чоловікові) повідомлень двоїстого характеру? Чи немає суперечності між сказаними словами і виразом Вашого обличчя, інтонацією, пантомімікою?

7) Чи не веде Ви себе таким чином, як би Ваша дружина (чоловік) могла читати Ваші думки? [286]

Психологи [200] переконані, що особливість процедури сімейної діагностики полягає в тому, що вона супроводжує сімейну терапію на всіх етапах і визначає вибір психотерапевтичних технік. Її інша особливість полягає в необхідності співвідносити дані, отримані від різних членів сім'ї, із власними враженнями психотерапевта, які склалися на підставі розпитування і спостереження за поведінкою учасників роботи («сім'я очима дитини», «сім'я очима психотерапевта», «які ми насправді»).

Під час робочого етапу відбувається виявлення і прояснення джерел сімейного конфлікту і його ліквідація за допомогою емоційного відреагування кожного члена сім'ї, залученого до конфлікту. Психотерапевт допомагає учасникам конфлікту навчитися говорити мовою, яка зрозуміла всім. Крім того, він бере на себе роль посередника і передає інформацію про конфлікт від одного члена сім'ї до іншого.

Важливо, щоби члени сім'ї усвідомили, що будь-який конфлікт можна не тільки переробити, але і попередити, і не допустити. При цьому особливу роль відіграє толерантність, яка передбачає повагу, прийняття і правильне розуміння форм самовираження і прояву людської індивідуальності. Психологи [235] виділяють міжособистісну толерантність трьох типів: природну – довірливість при абсолютному нетерпінні; моральну – терпіння,

терпимість; етичну – прийняття, довіру, на противагу насильству і маніпулюванню, передбачає повагу значущих цінностей, усвідомлення і прийняття власного внутрішнього світу, цілей і бажань, переживань і почуттів.

Досягнення останнього ступеня толерантності передбачає зрілість особистості і, за результатами досліджень О. Туринцевої [321], зустрічається у дружин військовослужбовців доволі рідко. Проте, толерантність може бути вихована на основі більшої інформованості сімей військових про специфіку їхньої життєдіяльності і відповідальності перед суспільством. Таким чином, для сімей комбатантів найбільш актуальними питаннями позитивної динаміки розвитку є пошук засобів для ефективного вирішення конфліктів, з огляду на специфічні умови, в яких існує така сім'я, а також досягнення толерантних сімейних взаємовідносин. Повністю підтримуємо думку О. Туринцевої в тому, що військові психологи, відповідаючи за морально-психологічний стан військовослужбовців, повинні одночасно виконувати роль сімейних психотерапевтів і коректорів інтолерантності в сімейних взаєминах.

Слід зазначити, що для «реконструкції сімейних відносин» учасники терапії разом обговорюють актуальні сімейні проблеми або в своїй сім'ї, або у знайомих, родичів. Для цього можна проводити рольовий поведінковий тренінг, у ході якого відбувається навчання правилам конструктивного спору.

На переконання І. Вдової [90], у процесі робочого етапу повинні бути активні розпитування, доброзичливі й уважні вислуховування найбільш неприємних переживань, при цьому зменшується афективна напруга, структуруються переживання, активізується цілеспрямована діяльність постраждалих. У результаті змінюється ставлення до ситуації яка вже відбулася, стала реальністю; настає релаксація; підвищується поріг чутливості до психогенного фактору; відбувається відреагування; комбатант відчуває емоційну підтримку. При цьому надзвичайно важливим є тактильний контакт із потерпілим.

На завершальному етапі психотерапевт має визначити, чи були досягнуті «початкові» сформульовані цілі (індивідуальні і системні сімейні) і покращився загальний психоемоційний стан кожного члена сім'ї? Окрім цього на завершальному етапі, на думку І. Малкіної-Пих [200], необхідно проводити так звану екологічну перевірку – створення членами сім'ї образу свого майбутнього. Для цього на останньому занятті учасникам пропонують уявити себе в майбутньому: як вони взаємодіють, що у них виходить і що не виходить. Обговорення цих образів допомагає визначити найбільш успішні шляхи використання отриманих навичок.

У контексті нашого дослідження важливими є рекомендації для членів сімей військовослужбовців перед їх поверненням додому, розроблені І. Вдовіною [90].

1. Необхідно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити. Дуже важливо дати йому виговоритися в комфортній обстановці моральної підтримки близької і коханої людини.

2. Постарайтеся допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися до нормального звичного життя.

3. Проявіть увагу і терпіння до проблем близької людини, які неминуче виникають після бойового стресу, до її психологічного дискомфорту, підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану – це тимчасове явище, допоможіть їй із ним впоратися.

4. Необхідно враховувати, що за час розлуки ви всі змінилися, необхідно якийсь час, щоб знову звикнути один до одного.

5. Особливу увагу приділіть дітям. Важливо, щоб при відновленні відносин з чоловіком, вони не залишилися без належної уваги і турботи.

6. Створіть сприятливу інтимну обстановку, дайте зрозуміти партнеру, що ви його потребуєте і що підете йому назустріч.

7. Не заохочуйте вживання алкоголю.

Наведемо приклади, що ілюструють вагомість сімейної психотерапії у процесі реабілітації комбатантів. Так, найбільш вдала, на нашу думку, у

практичному плані є розроблена програма для сімей військовослужбовців, розрахована на 8 тижнів роботи, в основу якої було покладено принципи і техніки сімейної терапії. Ключовими темами автори програми (Д. Краймер, О. Запорожець) визначили такі:

- 1) «Що викликає стресові та інші психологічні розлади?»
- 2) Депресія і її вплив на сім'ю.
- 3) Травма / ПТСР та вплив на сім'ю.
- 4) Міркування про необхідність терапії.
- 5) Комунікативні навички.
- 6) Навички вирішення проблем.
- 7) Створення середовища з низьким рівнем стресу.
- 8) Методи піклування про себе.

Розробники програми наголошують, що кожна зустріч необхідно розпочинати з мотиваційного твердження, фрази або цитати. Далі кожна сім'я повинна дати короткий звіт про те, як минув їхній тиждень, і по мірі їхнього просування програмою, як реалізується зміст попереднього програмного тижня в їхньому реальному житті. Загальна структура кожної сесії передбачає епізод едукативної, за якою іде демонстрація і практикування нової навички кожною сім'єю [181].

Ще одним цікавим прикладом роботи з сім'ями військовослужбовців є проект «Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям», який реалізується за підтримки Фонду І. Палиці «Новий Луцьк», розроблений викладачами кафедри практичної психології та безпеки життєдіяльності факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Для виконання проекту були залучені психологи, волонтери, студенти факультету психології, які активно долучалися до роботи з дітьми. Програма була орієнтована на групові форми роботи і передбачала комплекс занять з арт-терапії, ігрової терапії; комплекс психолого-педагогічних технік, які сприяли розвитку емоційної стабільності, підвищенню стресостійкості, налагодженню контактів з групою [18].



Таким чином, підсумовуючи відзначимо, що чим активніше буде налагоджена практична діяльність з родинами комбатантів, тим продуктивніше буде відбуватися процес реабілітації. Саме родина є тим вагомим чинником, який безумовно володіє вагомим внутрішнім потенціалом у реабілітаційній роботі з комбатантами і стимулює їх до активного повернення в соціум.

## РОЗДІЛ 3

### СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ, УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

#### **3.1. Загальнонаукові та специфічні підходи й принципи проектування системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях**

Аналіз наукових досліджень щодо організації і проведення реабілітації військовослужбовців, дав змогу прийти до висновку, що у розроблених моделях (функціонально-організаційна модель забезпечення медичною реабілітацією військовослужбовців на рівні первинної медико-санітарної допомоги [105]; модель соціально-психологічної реабілітації ветеранів бойових дій [188]; фазова модель фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій [144]; структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулися з зони АТО [352]) відсутні методологічні підходи. Вважаємо це некоректним, оскільки методологічний підхід є «принциповою методологічною орієнтацією дослідження, точкою зору, з якої розглядається об'єкт вивчення (спосіб визначення об'єкта), поняття або принцип, що керує загальною стратегією дослідження» [160, с. 160]. Саме тому наш науковий пошук ми спрямували на виокремлення методологічних підходів.

Ми переконані, що для здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб найефективнішими є системний, комплексний і технологічний підходи – вони представлені у нашому дослідженні як загальнонаукові. Головним системотвірним методологічним підходом ми визначили мультидисциплінарний, оскільки вважаємо, що ефективність реабілітації, в першу чергу, залежатиме саме від складу команди фахівців, які здійснюватимуть її. Тому аналізу сутності і характеристиці мультидисциплінарного підходу присвячено окремий п. 3.2.

Розглянемо особливості використання загальнонаукових підходів у нашому дослідженні. *Системний підхід* набуває найбільшої популярності, оскільки, по-перше, є напрямом методології наукового пізнання, по-друге, він орієнтує процес реабілітації на розкриття цілісності її компонентів і механізмів, які її забезпечують, на виявлення різноманітних типів зв'язків складних процесів і зведення їх у єдину цілісну систему. Враховуючи велику кількість тлумачень щодо сутності системного підходу, спробуємо проаналізувати зміст цього поняття та визначити його значення у процесі здійснення реабілітації комбатантів.

Зокрема, Дж. Клір розглядає систему як безліч елементів, що перебувають у відношеннях або зв'язках один з одним, що утворюють цілісність або органічну єдність [166]. У розумінні А. Демидової [115], система є організаційним цілим, яке складається з великої кількості елементів, розміщених у визначеному порядку і залежних один від одного, направлене для здійснення поставлених цілей. Подібної думки притримується Г. Осипов [238], наголошуючи, що система – це предмет, явище чи процес, який складається з якісно визначеної сукупності елементів, які знаходяться у взаємних зв'язках та відношеннях, складають єдине ціле і при взаємодії з зовнішніми умовами свого існування змінюють свою структуру.

Найбільш вдало охарактеризував систему В. Садовський [282], підкреслюючи, що система є цілісним комплексом взаємопов'язаних елементів; вона утворює особливу єдність із середовищем; будь-яка досліджувана система може бути як елементом системи більш високого порядку, так і елементом системи більш низького порядку. Отже, дослідники одностайні в тому, що система передбачає наявність сукупності взаємопов'язаних між собою елементів, що взаємодіють між собою, і таким чином утворюють систему.

Науковці по-різному визначають системний підхід. Так, у розумінні К. Сороки – «це напрямок дослідження, вивчення світу, в основі якого

лежить розгляд об'єктів як системи, орієнтація на розкриття цілісності об'єкта, виявлення різноманітності зв'язків у ньому і приведення їх до єдиної теоретичної картини» [303, с. 14]. Системний підхід (від англ. *Systems thinking* – системне мислення) О. Караман трактує як напрям методології досліджень, який полягає в дослідженні об'єкта як цілісної множини елементів в сукупності відношень і зв'язків між ними, тобто розгляд об'єкта як системи [157, с. 224].

Саме системний підхід, на думку українських учених [107], дає можливість створити своєрідний стандарт (універсальний механізм), що організовує всі якості проблеми в необхідний для її вирішення порядок. Крім того, автори посібника акцентують увагу на тому, що «системний підхід поєднує методи природничих наук, що базуються на експериментах, формальних логічних доведеннях та кількісних оцінках, з умоглядним методом, який спирається на образне сприйняття навколишнього світу та якісний синтез нових ідей» [107, с. 74].

Сутнісними характеристиками системного підходу науковці [11; 157] визначають цілісність (фіксує об'єктивну форму існування системного явища та наявність взаємозв'язку між його елементами); інтегративність (передбачає процес і механізм об'єднання частин в єдине ціле, що спроможне забезпечити свою, життєдіяльність); ієрархічність (систему можна розглядати як елемент системи вищого порядку, а її елементи – як системи); взаємозалежність (розвивається під впливом зовнішнього середовища, але при цьому намагається зберегти якісну визначеність та властивості, що забезпечують відносну стійкість та адаптивність її функціонування); цілеспрямованість (наявність цілей); надійність (характеризується безперебійністю функціонування системи при виході із ладу одного із компонентів); розмірність (кількість компонентів системи та зв'язків між ними); динамічність (динамічна природа системи, якій властиві процеси виникнення, становлення, розвитку, зміни та припинення існування).

Таким чином, використання системного підходу в межах нашого дослідження є методологічним прийомом для можливості повного опису реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб як певної цілісності, з одного боку, та як структури за функціональними ознаками її компонентів, з іншого. При цьому основними ознаками системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій повинні стати: цілісність, цілеспрямованість, доцільність, структурність, ієрархічність, динамічність, відкритість, рівновага, стійкість, надійність, життєздатність, концептуальність.

Необхідно зазначити, що сутність системи реабілітаційного процесу проявляється у її функціонуванні, залежить від взаємодії соціальних служб, фахівців мультидисциплінарної команди, самих реабілітованих комбатантів, їхньої спільної продуктивної діяльності. Однак не можна відкидати інших компонентів у цілісній взаємодії, які впливають один на одного, йдеться про комплекс форм, методів, технологій реабілітації. Саме при врахуванні комплексу названих вище елементів проявляється інтеграція, що дає змогу функціонувати системі ефективно, чітко та узгоджено.

Поділяючи думку Л. Ткаченко, І. Андрощук [11], ми вважаємо, що у процесі моделювання системи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій обов'язково необхідно враховувати основні принципи загальної теорії систем. Перший принцип вказує на те, що система тим ефективніша, чим вища її цілісність, під якою розуміється такий ступінь зв'язку елементів між собою, при якому зміна одного з них викликає зміну в інших або в системі в цілому. Другий принцип вказує, що ефективність системи залежить від ступеня її сумісності з оточуючим середовищем. Система, яка успішно функціонує в одних умовах, може виявитися неефективною при переміщенні в інші. Третій принцип вказує на залежність ефективного функціонування системи від її оптимізації, під якою розуміється ступінь відповідності організаційного компонента тій меті, для досягнення якої вона створена. При

цьому, слід враховувати той факт, що оптимальність, досягнута в одних умовах, може не відбутися при інших.

Значення системного підходу в нашому дослідженні полягає в тому, що він дає змогу: розглянути процес організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій як цілісну систему; виділити системотвірний чинник такої організації, тобто мету і результат; сконструювати систему її організації, виявити її складові елементи, розкрити їх взаємозв'язок, а також основні умови існування даної системи.

*Технологічний підхід* пов'язаний із упровадженням у 40–50-х роках ХХ століття технічних засобів навчання і введенням у науковий обіг поняття «технологія», яке тлумачиться як «спосіб реалізації конкретного складного процесу шляхом розділення його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які виконуються більш-менш однозначно і мають на меті досягнення високої ефективності» [195, с. 33]. Окрім цього, технологію трактують як засіб досягнення визначеної мети, як процес перетворення будь-якої діяльності, а технологічність – як структурна розчленованість, упорядкованість, доцільна організованість будь-якого процесу соціальної діяльності на відміну від стихійних природних процесів. У процесуальному розумінні технологія відповідає на питання: «Як зробити (з чого і якими способами)?» [34].

Вибір технологічного підходу зумовлений тим, що він, по-перше, сприяє цілеспрямованому синтезу форм, методів і засобів реабілітації, відкриває нові можливості для методичної варіативності в організації реабілітаційного процесу комбатантів, по-друге, передбачає цілеспрямованість при розробці системи і технології комплексної реабілітації військовослужбовців з чітко розробленим планом, процедурами, інструкціями і алгоритмом дій.

При розробці системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій ми спирались на положення

технологічного підходу, запропоновані І. Підласим [252]. Серед основних ми визначили такі:

– технологія розробляється для певного задуму, в її основі покладена відповідна теоретико-методологічна позиція автора – ефективна реабілітація комбатантів можлива при комплексному поєднанні різних видів – соціальної, психологічної, педагогічної, медичної тощо;

– технологічний ланцюг дій будується відповідно до мети, що представлена у формі конкретного очікуваного результату – ефективність комплексної реабілітації військовослужбовців залежатиме від чітко сформульованої мети – адаптація до умов мирного життя; покращення психоемоційного стану військовослужбовців;

– технологія будується на основі діяльнісного підходу з урахуванням принципів індивідуалізації та диференціації, оптимальної реалізації людських і матеріально-технічних можливостей – навіть при проведенні групових занять з комбатантами реабілітаційні заходи повинні бути максимально індивідуалізованими (врахування конкретного випадку);

– елементи технології, з одного боку, повинні бути відтворюваними, з іншого – гарантувати досягнення запланованих результатів всіма учасниками, тобто розроблена нами поетапна технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що приймали участь у бойових діях має бути апробована на практиці і впроваджена у роботу відповідних соціальних служб, що займаються реабілітацією комбатантів;

– органічна частина технології – діагностичні процедури, що містять критерії, показники та інструментарій вимірювання результатів діяльності – перед проведенням реабілітаційних заходів обов'язковою є діагностика потреб та проблем військовослужбовців за допомогою спеціально підбраного інструментарію.

Проведений нами теоретичний аналіз психолого-педагогічної і медичної літератури, практики роботи соціальних служб підтвердив

недостатність розробок, які б координували зусилля різних реабілітаційних установ у наданні військовослужбовцям необхідної допомоги та передбачали комплексний вплив на реабілітантів. Це й обумовило необхідність під час розробки системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій акцентувати увагу саме на *комплексному підході*, який забезпечить якісне проведення реабілітаційних заходів. Науковою основою такого підходу обрано системно-структурний аналіз, у світлі якого компоненти системи реабілітації розглядаються у взаємозв'язку.

Ідея комплексного підходу в організації і проведенні реабілітації комбатантів полягає в налагодженні взаємозв'язку в роботі між різними соціальними структурами, що займаються цими питаннями, і насамперед між військовою, медичною та соціальною сферами. Слід зауважити, що комплексний підхід передбачає, по-перше, органічне поєднання різних видів реабілітації (психологічного, соціального, медичного, педагогічного) військовослужбовців учасників бойових дій, яку здійснює команда різнопрофільних фахівців (медиків, реабілітологів, психологів, соціальних працівників), по-друге, комплексне застосування різноманітних форм, методів, технологій, засобів у процесі проведення реабілітаційних заходів, по-третє, співпрацю команди фахівців з соціальними службами, що допомагатимуть адаптуватися до умов мирного життя. Окрім цього, варто враховувати той факт, що комплексна система реабілітаційних заходів комбатантів визначає комплексну систему роботи з ними як на державному, так і регіональному (місцевому) рівнях.

Важливе положення, що визначає дієвість комплексної реабілітації, пов'язане з визначенням та констатацією основних принципів її здійснення. Поняття принцип має латинське походження (*principium*) і означає початок, основу, підвалину. Принцип розуміють як: головне, вихідне положення якої-небудь науки, теорії, вчення; основу дії будь-якого механізму, приладу, пристрою [32]; керівну ідею, основне правило діяльності [351]; внутрішнє



переконання, погляд, що визначають норми поведінки; основу пристрою або дії якогось механізму, процесу [299].

Вважаємо, що принципи комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності у проведенні реабілітаційних заходів, диференційованості є загальнонауковими. Оскільки зміст цих принципів широко висвітлений у науково-методичній літературі, ми не зупиняємося на їх розгляді. Проте система організації реабілітаційної діяльності особового складу ЗСУ, що приймали участь у бойових діях, повинна мати власні (специфічні) принципи, кожний з яких пов'язаний з певним видом реабілітації. Разом вони утворюють систему, спрямовану на досягнення ефективного результату – позитивну динаміку реабілітованості комбатантів та їхню адаптацію до умов життя у «мирному» суспільстві. Розглянемо їх детальніше.

Основними *принципами* проведення *психологічної реабілітації* є:

1) системність передбачає використання комплексу різноманітних реабілітаційних методів, які комплексно впливатимуть на процес реабілітації комбатантів;

2) оперативність – означає доцільність надання психологічної допомоги якомога раніше для зменшення шкоди стресових факторів на військовослужбовців;

3) гнучкість зосереджена на своєчасній зміні форм і методів психологічного впливу в залежності від психоемоційного стану військовослужбовців та умов проведення реабілітації;

4) багатоступеневість – проведення реабілітаційних заходів у різних соціальних службах і на різних рівнях (державному, регіональному, місцевому) в залежності від складності розв'язуваних завдань.

Погоджуючись із вітчизняними дослідниками [206; 344], додаємо до принципів психологічної реабілітації такі:

– принцип невідкладності – «хвилини рік беруть»;

- принцип наближення реабілітаційних установ до лінії бойового зіткнення (для осіб, які повертаються в бойовий стрій);
- принцип простоти заходів (доступність для самих військовослужбовців, командирів, офіцерів органів збройних сил);
- принцип наступності та індивідуалізації заходів;
- облік та врахування індивідуально-психологічних особливостей кожного пораненого і відповідність їх основним завданням соціально-психологічної реабілітації;
- індивідуального підходу передбачає врахування психоемоційного й фізичного стану комбатантів та вибір відповідно до симптомів форм, методів, технологій реабілітації.

При визначенні *принципів медичної реабілітації* ми керувалися положеннями Воєнно-медичної доктрини України [256], котра має стати основою для розробки всіх нормативно-правових актів щодо медичного забезпечення військ і цивільного населення в умовах бойових дій. До таких принципів українські військові медики [27, с. 13] віднесли:

- єдині організаційні засади діяльності медичних служб, незалежно від відомчого підпорядкування;
- єдине розуміння причин зниження (втрати) боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення (збереження) в умовах мирного та воєнного часу;
- єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, евакуацію, лікування, медичну та психологічну реабілітацію поранених і хворих, профілактику бойового стресу (превентивну реабілітацію);
- організація медичного забезпечення й надання медичної допомоги відповідно до загальнодержавних медичних стандартів, клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

- формування необхідного резерву та постійна готовність сил і засобів медичних служб, цивільної системи охорони здоров'я для медичного забезпечення військ і цивільного населення;

- профілактична спрямованість діяльності медичних служб та єдині підходи при проведенні санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

- територіальний принцип медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ у єдиний медичний простір України.

Підтримуючи Л. Литвиненко [192, с. 40–41], пропонуємо використовувати такі принципи:

- максимального синергічного співробітництва: лікар – пацієнт – психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї);

- багаторівневого характеру саногенних заходів;

- послідовності й етапності проведення заходів;

- оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;

- погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу.

Погоджуючись із В. Ляшенко [196], ми переконані, що заходи соціальної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій мають ґрунтуватися на демократичних та гуманістичних принципах. До основних ми відносимо принципи ранньої діагностики стану та виявлення проблем комбатантів; неперервності процесу та комплексного підходу до розв'язання реабілітаційних завдань; створення й використання реабілітаційного середовища; індивідуального підходу до комбатантів; активного залучення сім'ї та ближнього оточення до процесу реабілітації.

У контексті нашого дослідження важливими є виокремлені принципи соціальної реабілітації А. Шевцовим [343]. Спираючись на розроблену ним модель соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я, ми виокремили такі принципи соціальної реабілітації комбатантів, а саме: системно-синергетичний принцип, «принцип неперервності»

реабілітаційного процесу, принцип нової моделі інвалідності. Розглянемо їх детальніше. Так, системно-синергетичний принцип реабілітації є свідченням того, що в центр системного моделювання реабілітаційного процесу необхідно ставити комбатанта як соціально-психічну систему, що самоорганізується. Вона, у свою чергу і задаватиме необхідні параметри динаміці всього реабілітаційного процесу як системи.

Принцип неперервності реабілітаційного процесу А. Шевцов порівнює з принципом переходу від «реабілітації на все життя» до «реабілітації через все життя», що є обов'язковою складовою сучасної парадигми соціальної реабілітації комплексного типу. Цей принцип передбачає постійний соціальний супровід військовослужбовців. Йдеться про розробку індивідуальної програми реабілітації комбатанта, у якій має бути закладена можливість наступної безперервної соціальної реабілітації через все життя, постійне підвищення та вдосконалення соціальної компетентності. Таким чином, принцип неперервності реабілітаційного процесу забезпечує перманентну реабілітацію і комплексну корекцію особистості комбатанта як у часі, так і у системному реабілітаційному просторі.

За умови, якщо комбатанти отримали інвалідність, погоджуючись із А. Шевцовим [343], пропонуємо принцип нової моделі інвалідності – соціальної, у якій проблема фізичних, сенсорних чи ментальних обмежень людини розглядається в першу чергу як соціальна. У цій моделі в центрі уваги перебуває взаємозв'язок між людиною і навколишнім середовищем (у тому числі і соціальним). Обмежені можливості розуміються як наслідок того, що соціальні та фізичні умови (культура суспільства, психологічний клімат, соціальна і політична організація, «бар'єрна інфраструктура» тощо), у яких живе і працює людина з ослабленим здоров'ям, звужують можливості її самореалізації, тобто, інваліди розглядаються скоріш як пригноблена група, ніж як аномальна. Суть проблеми інвалідності – у нерівності можливості при проголошенні рівності прав. Змістом соціальної роботи у цьому контексті стає соціальна інтеграція військовослужбовців з обмеженими можливостями

і допомога в усвідомленні й реалізації ними своїх невід'ємних людських прав. Таким чином, реабілітація соціальна по важливості для комбатантів розглядається на одному рівні з реабілітацією медичною.

Принципи відкритості, динамічності та варіативності, виокремлені А. Шевцовим [342], мають за мету гнучкість «тактики» реабілітації, що виражається в якісному діапазоні її завдань (наприклад, обумовленому характером травми військовослужбовця, динамікою плинності ПТСР, специфікою актуальної життєвої ситуації в сім'ї тощо), розмаїтості технологій реабілітаційних заходів, що мають бути застосовані. В кінцевому випадку це припускає відмовлення від загальноприйнятих стереотипів, має на меті пріоритет креативності під час складання програми та реалізації процесу реабілітації.

Принцип реалістичності орієнтує на постановку реально досяжних цілей реабілітації, що виходять із можливостей комбатантів, об'єктивних соціальних або сімейних умов. Цей принцип пов'язаний з необхідністю строгого індивідуального підходу при проведенні реабілітаційних заходів. Ще одним важливим принципом є принцип гуманізму, який орієнтує на пошук позитивного для подолання складних, кризових ситуацій, допомагає актуалізувати потенційні можливості, закладені у людині; визнати абсолютну цінність людини як особистості, її унікальності, право на свободу вибору.

Окрім названих вище, вважаємо обов'язковими такі принципи соціальної реабілітації:

- 1) цілісності, що передбачає одночасне проведення соціальної реабілітації з іншими видами (психологічною, педагогічною, медичною);
- 2) гармонійності – зосереджений на побудові гармонійних взаємин із оточуючим комбатантів середовищем (сім'я, робота, знайомі);
- 3) наступності свідчить про необхідність враховувати висновки і оцінювати результати кожного з етапів реабілітації, оскільки вони мають базуватися на попередніх і служити фундаментом для наступних;

4) динамічності – необхідність проведення реабілітаційних заходів на всіх етапах згідно розробленої технології організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями.

До принципів *педагогічної реабілітації* були віднесені:

– принципи гуманізації та індивідуалізації, що передбачають максимальне врахування особистісних та психофізичних особливостей комбатантів і створення таких умов освіти, які б сприяли своєчасному й повноцінному розвитку всіх сторін військовослужбовців та їхньому успішному навчанню;

– принцип взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди при координуючій ролі соціального працівника;

– принцип забезпечення педагогічної підтримки передбачає, що на всіх етапах реабілітаційного процесу відбуватимуться соціально-педагогічна підтримка, сприяння, супровід, співробітництво для саморозвитку, самодіяльності, самоідентифікації, самопізнання, самовизначення, самореалізації особистості комбатана.

Погоджуючись із А. Шевцовим [343], вважаємо, що принцип системності психолого-педагогічної реабілітації орієнтує фахівців на сприяння комбатанта як «об'єкта» реабілітації не в розумінні «носія» окремих якостей та властивостей, а в розумінні єдиної, цілісної системи, суб'єкта, що знаходиться у стані своєрідного та динамічного розвитку.

Отже, розглядаючи сутність та характеризуючи підходи та принципи, ми наблизилися до наступного кроку нашого дослідження – наукового обґрунтування та розробки системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій на основі використання методів проектування й моделювання.

### **3.2. Потенціал мультидисциплінарного підходу до організації реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у системі соціальних служб**

Спробуємо розмежувати поняття «міждисциплінарний» і «мультидисциплінарний» підходи, оскільки доволі часто їх вживають як синонімічні. Науковці [271] переконані, що важливого значення при лікуванні ПТСР має *міждисциплінарний підхід*. Знання вкладу біології, психології та соціальної динаміки дає змогу лікарю і хворому дивитися ширше, знаходити пояснення наявним симптомам і засоби для їх корекції у різних сферах життєдіяльності індивіда.

Нам імпонує *мультидисциплінарний підхід* при проведенні реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, оскільки саме він дає змогу найбільш цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем. Він ґрунтується на командній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів тощо. Це відповідає принципам «кейс-менеджменту» (кейс – випадок, проблемна ситуація, яка порушує стабільність у життєвому устрої людини і веде до погіршення її стану), тобто добре організованого процесу забезпечення всіх потреб людини доступом до відповідних послуг [384; 393]. Крім того, оскільки реабілітаційна робота з військовослужбовцями учасниками бойових дій супроводжується постійними стресами, значними емоційними та фізичними навантаженнями, мультидисциплінарний підхід дає змогу зменшити вірогідність появи синдрому емоційного вигоряння в учасників мультидисциплінарної команди шляхом чіткого розподілу функціональних обов'язків, з одного боку, та компліментарністю командних дій – з іншого [375; 393].

Міждисциплінарному командному стилю роботи притаманні спільна праця з однаковими цілями та чітким розподілом завдань, колегіальне прийняття рішень, за результати яких члени команди несуть як загальну, так і індивідуальну відповідальність, виявлення та обговорення недоліків роботи з розробкою шляхів їх усунення [139].

Зупинимося на аналізі міждисциплінарного підходу у контексті здійснення реабілітації. Вважаємо, що найбільш точним є підхід до трактування зазначеної категорії, поданий Є. Холостовою. Зокрема, науковець у своєму підручнику [337] акцентує увагу на тому, що на практиці міждисциплінарний підхід на відміну від мультидисциплінарного не набув значного поширення. Загальними ознаками міждисциплінарної системи організації послуг є такі:

- співпраця, колективна робота команди фахівців різних галузей;
- взаємодія, комунікація;
- колегіальне вироблення спільних підходів, рівноправ'я при врахуванні думок всіх фахівців;
- інтерактивний процес, що припускає участь клієнта, суворі орієнтація на індивідуальні потреби клієнта.

З'ясовано, що комісія з підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я визначила переваги міждисциплінарного підходу: по-перше, це можливість отримати уявлення про різні парадигми охорони здоров'я; по-друге, розширення компетенції фахівців завдяки ознайомленню з іншими дисциплінами; по-третє, отримання досвіду організації і проведення програм реабілітації; по-четверте, взаємодія з іншими фахівцями; по-п'яте, усвідомлення важливості вкладу кожного з профільних фахівців у кінцевий результат.

Міждисциплінарний підхід у процесі здійснення реабілітації пов'язаний з принципом раннього втручання, тобто надання комплексу послуг військовослужбовцям учасникам бойових дій та їхнім сім'ям медичного, соціального, психологічного, юридичного, педагогічного характеру. Це в свою чергу створює підґрунтя для встановлення взаємовигідних партнерських відносин між членами сімей комбатантів і фахівцями мультидисциплінарної команди; врахування соціально-культурних особливостей сім'ї та надання соціальної, консультативної, терапевтичної та інших видів допомоги.



Цінним для нас є дослідження ряду науковців, результати яких знайшли відображення у методичному посібнику [309, с. 90]. Автори посібника визначають мультидисциплінарну команду фахівців як групу фахівців різних спеціальностей, однодумців, об'єднаних спільними цілями. Їй притаманні: узгоджені цілі та чіткі завдання; певні функції; розподіл ролей та відповідальності. Об'єднання здібностей і можливостей кожного з членів команди, які взаємодоповнюють один одного, створює синергетичний ефект, що визначає високий потенціал мультидисциплінарної команди. Команда такого типу, як правило, легше пристосовується до непередбачених ситуацій чи специфіки соціального середовища клієнта.

Принципами роботи мультидисциплінарної команди науковці визначили такі:

- спільна мета;
- розподіл обов'язків та завдань;
- комунікація, поінформованість;
- взаємна підтримка;
- досягнення консенсусу;
- соціальне партнерство;
- обов'язкове спільне навчання;
- аналіз діяльності [327].

Щодо мультидисциплінарного підходу, то відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» [219], – це форма організації роботи територіального центру, що надає соціальні послуги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах. Цей підхід є інноваційним, і здійснюється шляхом запровадження комплексу соціальних послуг членами мультидисциплінарної команди, до складу якої входять не менше трьох осіб із числа фахівців соціальної роботи. Надання соціальних послуг мультидисциплінарною командою базується на

принципах адресності та індивідуального підходу, доступності та відкритості, добровільності вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг, гуманності, комплексності, максимальної ефективності використання бюджетних коштів, законності, дотримання стандартів якості, конфіденційності, соціальної справедливості.

Метою запровадження мультидисциплінарного підходу є: забезпечення доступності соціальних послуг; розширення їх спектру; охоплення більшої чисельності осіб, задоволення їх потреб; здешевлення вартості соціальних послуг і наближення до рівня європейських стандартів.

У документі [219] наголошується, що мультидисциплінарна команда надає комплекс послуг залежно від індивідуальних потреб особи. Окрім цього, передбачені етапи організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг мультидисциплінарною командою, а саме:

- 1) планування роботи (визначення та оцінювання індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг);
- 2) укладення договору соціального обслуговування з особою, яка потребує надання соціальних послуг;
- 3) організація роботи (складання графіка надання соціальних послуг, визначення складу мультидисциплінарної команди тощо);
- 4) надання соціальних послуг;
- 5) аналіз доцільності та ефективності проведеної роботи з надання соціальних послуг, корегування діяльності за результатами аналізу проведеної роботи;
- 6) контроль якості соціальних послуг.

Відзначимо той факт, що розвиток мультидисциплінарної команди обумовлений певними закономірностями групової динаміки, а саме визначенням п'ятикрокової моделі розвитку команди:

- формування (початок роботи);
- штурмування (період міжособистісних конфліктів);

- нормування (встановлення робочих стосунків, розмежування завдань і дій);
- функціонування (налагоджене виконання справ);
- розставання (процання з деякими членами команди або припинення діяльності всієї команди) [309].

Зазначимо, що наші дослідження узгоджуються з думкою А. Бурлака про те, що найбільш повно завдання реабілітації можуть бути вирішені у випадку, якщо буде здійснюватися єдина стратегія і тактика реабілітаційних заходів [83]. Ми переконані, що реабілітацію військовослужбовців учасників бойових дій необхідно здійснювати комплексно, поєднуючи різні її види, і у співпраці державних органів, установ охорони здоров'я, соціального захисту, освіти з недержавними органами – громадськими організаціями.

Для створення умов соціальної адаптації та реабілітації учасників локальних збройних конфліктів А. Денисов пропонує розглядати процес соціальної реабілітації на трьох структурних рівнях (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Структурні рівні соціальної реабілітації (за А. Денисовим [116])**

<b>Фактори</b>		
<b>макросередовища</b>	<b>мікросередовища</b>	<b>внутрішньоособистісні</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— нові економічні умови;</li> <li>— стрімке реформування армії;</li> <li>— відсутність інформації; бюджетного фінансування та міжвідомчого головного інституту; нормативно-правової бази та системи державної підтримки колишніх військовослужбовців та членів їхніх сімей;</li> <li>— несформованість</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— порушення стабільності сімейних відносин;</li> <li>— соціально-побутова невлаштованість дружин;</li> <li>— зниження значущості виховної ролі сім'ї;</li> <li>— девіантна поведінка підлітків – членів сімей;</li> <li>— відсутність корпоративного</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— несформованість життєво важливих якостей;</li> <li>— вікові особливості, стан здоров'я;</li> <li>— колишні звання, службове становище, військова спеціальність;</li> <li>— індивідуально-психологічні якості і стан (психологічна неготовність до переходу до нової професійної діяльності, переорієнтації, в тому</li> </ul>

<p>соціального мислення у керівних кадрів і відсутність підготовленого корпусу соціальних працівників;</p> <p>— зростання безробіття на ринку праці;</p> <p>— вплив ринкових відносин на зайнятість населення; розрізненість і нескоординованість дій державних структур на перепідготовку і надання допомоги в працевлаштуванні;</p> <p>— сприятливі умови для підприємницької діяльності;</p> <p>— організація центрів перепідготовки та служб соціально-психолого-педагогічної підтримки учасників збройних конфліктів і членів їх сімей</p>	<p>братства серед учасників локальних збройних конфліктів, слабка роль громадських фондів і об'єднань</p>	<p>числі і до підприємницької);</p> <p>— емоційна нестабільність, невпевнена поведінка на ринку праці, стереотипи мислення і поведінки, низька конкурентоспроможність у результаті відсутності необхідних знань, умінь, навичок і норм соціальної поведінки;</p> <p>— неготовність учасників збройних конфліктів до реабілітаційних заходів</p>
---	---	---

У процесі більш ґрунтовного вивчення означеного кола питань, було встановлено, що проблеми реабілітації військовослужбовців з ПТСР повинні вирішуватися як на державному, так і регіональному (місцевому) рівнях. Державний рівень передбачає розробку цільових програм з надання комплексної допомоги військовослужбовцям, представлених на законодавчому рівні (у постановах, указах, законах, наказах, розпорядженнях тощо). Причому всі ці програми і заходи повинні бути довгостроковими і мати пролонгований характер. На державному рівні основними завданнями реабілітації є: формування стратегії комплексної реабілітації, її цілей, завдань,

пріоритетних напрямів і механізмів; правове забезпечення процесу реабілітації; фінансування реабілітаційних програм військовослужбовців. Місцеві органи влади мають бути поінформованими про конкретні проблеми військовослужбовців, які проживають на території їхнього підпорядкування, тобто саме вони мають виступати активними суб'єктами соціальної політики у контексті здійснення комплексної реабілітації.

Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій на регіональному (місцевому) рівні повинна, на думку А. Денисова, розв'язувати такі завдання:

- адаптація до місцевих умов заходів реабілітаційної політики, що реалізуються державою;
- участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики держави;
- вибір пріоритетних напрямів і механізмів реабілітаційної політики для певної соціальної групи, включаючи задоволення її першочергових потреб;
- розробка і реалізація реабілітаційних програм;
- забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських та інших умов реалізації реабілітаційної політики в межах їх компетенції, що визначаються законом [116, с. 37].

З'ясовано, що досвід країн, що досягли найбільших успіхів з соціальної реабілітації (Великобританія, Німеччина, США), свідчить, що для того щоб реабілітація стала ефективною і сформувалася як система, необхідно на першому етапі організації цієї системи створити Центри соціальної реабілітації. Такі Центри доцільно призначати, як це прийнято у всіх країнах, для клієнтів контингенту з найбільш високим ступенем десоціалізації і дезадаптації, коли на місці важко вирішувати питання медико-соціальної та професійної реабілітації.

У військовій авіації широко застосовують систему активного відновлення працездатності льотного складу на базі спеціальних центрів і класів психологічного розвантаження і мобілізації [22].

Повністю підтримуємо думку зарубіжних учених [116] у тому, що створення спеціальних служб для соціальної реабілітації – це наслідок гуманізації соціального життя, а також, зрозуміло, і ускладнення соціального життя, соціальної структури суспільства, що і викликає появу феномену спеціальної мобілізації частини населення (не тільки створення армії, а й інших воєнізованих підрозділів, рятувальних служб). Тому і значення соціальної реабілітації в суспільстві все більше зростає.

Окрім реабілітаційних центрів і служб, що займаються організацією і здійсненням реабілітаційної діяльності, варто зосередити увагу на громадських організаціях і об'єднаннях. Однією з перших спонтанних форм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців є організація специфічного мікросередовища життєдіяльності у вигляді різного роду організацій і об'єднань. Останнім часом можна спостерігати появу нових громадських організацій, об'єднань, що створюють самі колишні військовослужбовці для вирішення своїх соціальних і психологічних проблем. Цей факт пояснюємо прагненням опинитися у звичному для себе середовищі життєдіяльності, бажанням бути в постійному контакті з бойовими товаришами.

Окрім цього, доволі вагому роль у процесі здійснення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій відіграють рідні, близькі друзі, громада тощо. Всередині спеціально створеного мікросередовища комбатанти отримують соціальну допомогу у вигляді різного роду виплат, компенсацій, надання пільг, працевлаштування, і соціально-психологічну допомогу у вигляді спеціально організованого спілкування, що передбачає роботу психолога у вигляді організації зустрічей, тренінгів, консультацій. В. Березовець [22] наголошує на ще одній формі спонтанної соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – це

літературна, поетична і музична творчість. З психологічної точки зору бажання висловити себе у творчості є однією з форм самореалізації, що компенсує брак розуміння і співчуття у звичайному житті.

На основі вивчення поглядів Н. Алалікіна [4, с. 50–51], у практичному аспекті, до числа основних *напрямів реабілітації* можна віднести наступні:

1) встановлення характеру і ступеня важливості нервово-психологічних розладів, визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування військовослужбовців на отриману психічну травму і розробка реабілітаційних заходів;

2) зняття психоемоційної напруги, дратівливості, страху за допомогою застосування комплексного впливу (психотерапевтичних, медичних, біологічних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних) засобів;

3) регуляція порушених функцій організму, корекція психофізіологічного стану методами психофармакологічних, психотерапевтичних і фізичних впливів;

4) формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, мобілізація особистості на подолання виниклих станів, виховання у військовослужбовців необхідних волевих якостей;

5) формування в особового складу чітких уявлень про фактори ризику і усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення;

6) оптимальне вирішення психотравмувальної ситуації, відновлення соціального статусу, адаптація до умов зовнішнього середовища за допомогою стимулювання соціальної активності військовослужбовців і психолого-акмеологічних методів;

7) оцінка фізичної, сенсорної і розумової працездатності; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; орієнтування на продовження активної службової діяльності та виконання обов'язків військової служби;

8) вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації; діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму; оцінка ефективності та корекція (в разі необхідності) реабілітаційних заходів.

Виокремлені вище напрями реабілітації утворюють систему заходів і повинні здійснюватися поряд з економічними, юридичними, соціальними та психологічними заходами, тим самим підкреслюючи комплексність реабілітаційних дій.

Організаційно-методичні підходи до системи медичної реабілітації дали змогу розробити А. Бурлак алгоритм реабілітаційних заходів у поранених з вертеброгенними ускладненнями при бойовій травмі верхніх кінцівок в умовах реабілітаційного центру. Поетапно його можна представити таким чином: медичне сортування поранених, які потрапляють до приймального відділення реабілітаційного центру й оцінювання стану поранених у приймальному відділенні за участю лікаря-невролога (соціально-віковий, соматичний статус, опорно-руховий апарат, супутня патологія); оперативне детальне обстеження з виявленням провідного синдрому, складання індивідуальної програми реабілітації, прогнозування наслідків; психологічна реабілітація поранених, що потребують соціальної реабілітації [84, с. 212].

Фахівці [22] стверджують, що для ефективної реабілітації і лікування необхідні такі умови:

- 1) позитивне ставлення до потерпілих з боку суспільства, воно є проекцією відношення до екстремальних подій загалом, які оцінюють різко негативно;
- 2) позитивна оцінка їх у сім'ї;
- 3) можливість розповідати кому-небудь про пережите.

Слід зазначити, що проблема стресів і ПТСР військовослужбовців учасників бойових дій виходить за суто медичні рамки і набуває соціального контексту. Тому у її вирішенні мають приймати участь різні фахівці – медики, психологи, психіатри, психотерапевти, соціальні працівники,



реабілітологи тощо. Але, на жаль, як визнає В. Березовець [22], що ця «співдружність фахівців» не в змозі кардинально розв'язати проблему ПТСР.

Для реалізації програм з реабілітації в країнах Європи найважливішу роль відіграє наявність спеціалізованих кадрів. Наприклад, в Болгарії існує така номенклатура фахівців, які повинні здійснювати соціальну реабілітацію:

- середні медичні працівники, до обов'язків яких належить проведення заходів з трудотерапії у осіб, які проходять курс відновлювального лікування при соматичних і психічних захворюваннях;

- психологи, серед завдань яких проведення оцінки інтелекту осіб, які підлягають реабілітації, а також психоемоційних змін, що наступили в результаті захворювання;

- соціальні працівники, до завдань яких входить патронаж і надання допомоги клієнтам при здійсненні необхідних соціально-економічних заходів, пов'язаних з реабілітацією;

- консультанти з професійних питань, завдання яких – визначати місце і вид професійної діяльності для клієнтів;

- соціальні педагоги, в число завдань яких входить організація самопомоги сімей та місцевого оточення клієнтів [315].

Подібної думки притримується А. Бурлак [84], який наголошує на мультидисциплінарній команді, до якої входить фахівець відділення відновлювального лікування або медично-фізкультурного диспансеру (інструктор або лікар ЛФК, фахівець з працетерапії, психолог). А. Маклаков для надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, сформував спеціалізовану групу, до складу якої, крім психолога, входили психофізіологи, психіатр і лікар-психофармаколог [198]. Для проведення соціально-педагогічної реабілітації військовослужбовців-інвалідів В. Могільов пропонує такий склад команди фахівців з реабілітації: психотерапевт, невропатолог і військовий психолог [210]. У реабілітаційних центрах повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медичні сестри, – переконана Л. Литвиненко [192]. У Наказі Міністерства

оборони № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» зазначено, що медико-психологічна реабілітація військовослужбовців у центрах (санаторіях) проводиться спільно командою фахівців у складі лікуючого лікаря, психолога (психотерапевта), лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта і за необхідності ерготерапевта чи інших фахівців. Керівником команди є лікуючий лікар [216].

Аналіз функціональних обов'язків посадових осіб військової частини дав змогу В. Мисюрі визначити їх конкретну участь у психологічній реабілітації військовослужбовців у складі мультидисциплінарної команди. По-перше, командир і всі посадові особи частини (підрозділу) зобов'язані робити все можливе для збереження високого рівня боєздатності військовослужбовців у конкретних умовах обстановки. Їх найважливішим завданням є недопущення нервово-психічного виснаження особового складу. По-друге, спостерігаючи за діями воїнів і оцінюючи їх поведінку і морально-психологічний стан, командири зобов'язані визначати реагування того чи іншого фахівця на страхітливую обстановку. По-третє, важливим завданням командирів і всіх посадових осіб є турбота про збереження емоцій військовослужбовців, уміння керувати ними, спираючись на знання психології, з максимальною користю для вирішення бойових завдань. По-четверте, командири, офіцери органів виховної роботи, використовуючи різні психологічні прийоми, форми і методи виховного впливу на особовий склад, зобов'язані впливати на характер переживань а, отже, і на ступінь психічної напруги. По-п'яте, командири і офіцери органів виховної роботи, використовуючи добре продуману систему інформації, мають нівелювати негативні чутки, знижувати вплив уяви і фантазії комбатантів. По-шосте, командири всіх ступенів повинні володіти певними знаннями, навичками і досвідом управління психічними станами підлеглих в різних умовах обстановки і надання їм першої психологічної допомоги в разі отримання

бойової психічної травми. У свою чергу, медичні працівники будь-якої спеціальності повинні володіти необхідними знаннями і практичними навичками в галузі військової психоневрології в інтересах професійного здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців [209].

Успішну професійну мультидисциплінарну команду можна вважати головною умовою здійснення реабілітаційних заходів для військовослужбовців учасників бойових дій, оскільки така організація роботи дає змогу досить ефективно і швидко вирішувати однопланові завдання та проблеми за рахунок чіткого розподілу функціональних ролей фахівців мультидисциплінарної команди та взаємодії різних соціальних установ і закладів, залучених до реабілітаційного процесу.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики [23] з'ясовано, що соціальний працівник виступає головним суб'єктом мультидисциплінарної команди. Діяльність соціальних працівників щодо реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій характеризується чіткою послідовністю і логікою етапів, зазначенням способів взаємодії учасників реабілітаційного процесу на кожному етапі, сукупністю форм, методів, технологій і прийомів, критеріями оцінки ефективності отриманих результатів. Організація і проведення комплексної реабілітації комбатантів будується з урахуванням соціально-педагогічних дій (використання методів і технологій соціально-педагогічного впливу; організація суб'єкт-суб'єктного (гуманістичного) спілкування з клієнтом, забезпечення взаємної співпраці фахівців мультидисциплінарної команди при розв'язанні проблем військовослужбовців).

Дослідники по-різному визначають функціональний спектр соціального працівника в контексті здійснення реабілітації. Так, О. Березька наголошує на аналітико-діагностувальній, прогностичній, конструктивно-організаційній, освітньо-виховній, попереджувально-профілактичній, коректувальній, комунікативній, охоронно-захисній функціях [23].

Підтримуючи думку О. Берецької, однією з професійних характеристик соціального працівника ми визнаємо педагогічну компетентність, яка охарактеризована як «інтеграційне, особистісно-діяльнісне утворення, в якому змістовно-діяльнісна складова представлена збалансованим поєднанням педагогічних та професійно необхідних знань і умінь, що дають змогу фахівцеві соціальної роботи вирішувати як педагогічні, так і комплексні професійні завдання. З'ясовано, що головною особистісною складовою виступає сформована педагогічна позиція, яка визначається гуманістичною спрямованістю, умінням здійснювати комунікацію в системі «людина–людина», установкою на використання педагогічних технологій професійної діяльності, креативністю, упевненістю в досягненні необхідного результату» [23, с. 11].

Зокрема, до характеристик соціального працівника відносять особливе «соціально-педагогічне мислення – специфічну розумову і практичну діяльність фахівця соціальної роботи, що забезпечує найбільш повне і ефективне використання ним етичних установок, наукових знань, особистісних особливостей і досвіду для успішного розв'язання завдань соціально-педагогічного управління і надання допомоги клієнтам в організації розвивальної діяльності та позитивному самоздійсненні в процесі реабілітації» [23, с. 11].

Завдання *педагога-реабітолога* попередити і ліквідувати психічні зміни і створити умови для психологічної адаптації хворого до життєвої ситуації, що змінилася в результаті хвороби [83].

Аналіз дисертаційного дослідження О. Берецької [23], дав змогу виділити ключові характеристики при проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Основними ми визначили такі:

- 1) визнання комбатанта активним суб'єктом реабілітаційного процесу;
- 2) визнання його самоцінності, унікальності, самобутності як суб'єкта реабілітаційного процесу;

3) поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації як ефективних механізмів, що впливають на рушійні сили внутрішнього розвитку військовослужбовців.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики з'ясовано, що мультидисциплінарний підхід при проведенні реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій передбачає комплекс різних видів реабілітації (психологічної, медичної, соціальної, педагогічної тощо). При цьому її організацією і реалізацією мають займатися фахівці мультидисциплінарної команди (соціальний працівник, психолог, реабілітолог тощо) з чітким розподілом функціональних ролей.

### **3.3. Модель системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій**

Військовослужбовці, які побували в «гарячих точках», особливо ті, хто постраждав при виконанні службових обов'язків, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи їх комплексної реабілітації, підтримки та милосердя як громадяни, які чесно виконали військовий, службовий і патріотичний обов'язок [137]. Ми переконані, що правильно організована система комплексної реабілітації сприятиме відновленню здібностей військовослужбовців до нормальної життєдіяльності і дасть змогу запобігти появі ПТСР.

Завдання координації та інтеграції зусиль інститутів соціальної реабілітації, спрямованих на організацію і здійснення реабілітації військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій, можливо вирішити в межах системного підходу, що поєднує в собі необхідні аспекти інших підходів, розглянутих у п. 3.1. Насамперед слід коротко проаналізувати трактування наукових понять «система». У науково-довідкових джерелах систему (від грецьк. Σύστημα – ціле, складене з частин, з'єднання) трактують як:

– сукупність елементів, що знаходяться у відносинах і зв'язках один з одним, яка утворює певну цілісність, єдність [225];

– складний об'єкт – сукупність якісно різних досить стійких елементів, взаємно пов'язаних складними й динамічними відносинами [299];

– порядок, обумовлений планомірним, правильним розташуванням частин у певному зв'язку, суворою послідовністю дій [351];

– сукупність елементів, що функціонують за притаманними лише їй внутрішніми законами [13].

Розглянуті позиції дають можливість сформулювати завдання системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій, а саме:

1) розробити методику проектування реабілітаційного простору;

2) представити технологію організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях;

3) розробити змістове наповнення системи організації комплексної реабілітації комбатантів (форми, методи, засоби реабілітації);

4) розробити й апробувати методику діагностики потреб та проблем військовослужбовців учасників бойових дій.

Розробляючи систему організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій, ми звернулися до методу моделювання, що означає «метод наукового дослідження; основу розроблення нової теорії; механізм визначення перспективи розвитку» [248, с. 248]; метод опосередкованого пізнання за допомогою штучних і природних систем, які зберігають деякі особливості об'єкта дослідження та створюють можливість репрезентувати цей об'єкт у певних відношеннях і надати про нього нові знання [339, с. 42].

Науковці по-різному використовують термін «модель». Серед основних визначень представимо такі:

– зразок, що відтворює, імітує будову і дію якого-небудь об'єкта,

використовується для одержання нових знань про об'єкт [91];

– «наступний результат абстрактного узагальнення практичного досвіду, а не прямий результат експерименту» [178, с. 268];

– графічно представлена чітка система підготовки фахівця, яку можна коригувати і вдосконалювати залежно від змін умов і вимог суспільства [304, с. 229];

– результат абстрактного узагальнення реального практичного досвіду, співвіднесення теоретичних уявлень про об'єкт і емпіричних знань про нього; ілюстрація методики, спрямованої на досягнення мети дослідження [339, с. 39].

У контексті організації та здійснення реабілітації військовослужбовців модель розглядають як «сукупність взаємопов'язаних компонентів, покликаних і здатних послідовно і максимально ефективно використовувати засоби соціально-культурної діяльності в реабілітації досліджуваної групи людей» [292, с. 16]. У найбільш загальному контексті, модель замінює об'єкт дослідження та фактично є інформаційним зображенням об'єкта. Вона обов'язково має містити ключові риси об'єкта, відповідати його структурі та відображати системні зв'язки [311].

Застосовуючи моделювання як науковий метод, ми визначили низку принципів науково-теоретичних позицій, що обґрунтовують сутність представленої моделі системи організації реабілітації військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій. По-перше, розроблена нами модель інтегрує зусилля не тільки фахівців мультидисциплінарної команди, але й сприяє активній співпраці різних соціальних установ, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію військовослужбовців учасників бойових дій. По-друге, запропонована модель має не тільки теоретичне, але й конкретно-практичне значення, тому що пов'язана з безпосередньою практикою роботи соціальних реабілітаційних установ, які здійснюють комплексну реабілітацію комбатантів, й апробована в реальних умовах. По-третє, модель відповідає основним технологічним вимогам: концептуальність, системність,

реалістичність, керованість, ефективність, оптимальність, інноваційність. По-четверте, розроблену модель можна модифікувати, адаптуючи до умов, наближених до бойових, тому що вона заснована на компонентах (елементах) універсального характеру. Універсалізації зазначеної моделі сприяє й те, що при її розробці ми спиралися на загальнонаукові методологічні підходи (системний, комплексний, технологічний, мультидисциплінарний) і принципи (комплексності; наступності; послідовності; безперервності; диференційованості).

У структурі авторської моделі системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій ми виділили *методологічний, змістовий, процесуальний і оцінювальний* блоки. Графічне зображення моделі системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій представлено на рис. 3.1.

Зупинимося на характеристиці блоків моделі системи. Так, перший ряд моделі системи комплексної реабілітації комбатантів складає методологічний блок, що передбачає проектування мети, обґрунтування психосоціальних моделей реабілітації, методологічних підходів і принципів.

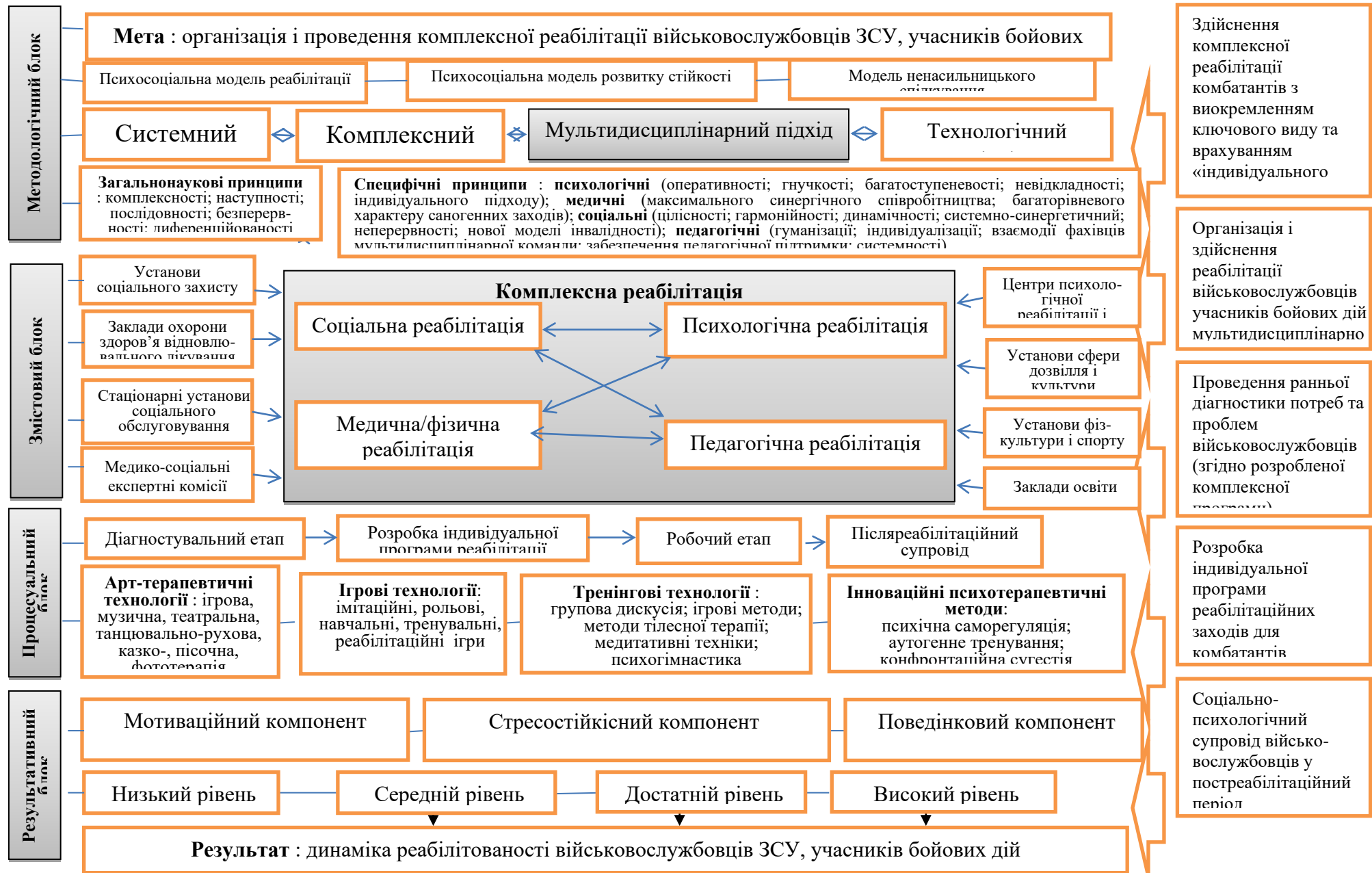
Мету системи ми сформулювали таким чином – організувати й провести комплексну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій.

З методологічної точки зору мета конкретизується відповідними завданнями. До найбільш вагомих віднесено три, а саме:

- 1) надання військовослужбовцю допомоги у відновленні психічного й фізичного здоров'я для продовження професійної діяльності;
- 2) корекція соціальної поведінки комбатантів;
- 3) адаптація комбатантів до умов мирного життя.



**Рис.3.1.** Модель системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій



Для визначення механізму дії реабілітаційного процесу, варто враховувати психосоціальні моделі реабілітації. При виборі моделей ми керувалися, по-перше, аналізом зарубіжного досвіду й існуючих зарубіжних моделей реабілітації, по-друге, специфікою військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій, як особливої категорії, що вирізняється специфічними психологічними проблемами: наявністю невротичних реакцій (стресове виснаження, фобічні реакції, підвищена тривожність, прояви агресивної поведінки); функціональними розладами (психосоматичні розлади); емоційними та поведінковими порушеннями (реакції протесту, підвищена плаксивість та капризність, часті зміни настрою); порушенням взаємовідносин у сім'ї та близькому оточенні (неготовність жити в мирних умовах). Серед існуючих моделей роботи ми виокремили ті, які враховують психосоціальні чинники впливу на військовослужбовців та динаміку їхньої соціальної дезадаптації; формування адаптаційного ресурсного потенціалу комбатантів за умови зміни соціального середовища (потрапляння у зону бойових дій).

*Психосоціальна модель реабілітації* Н. Сарджвеладзе [285], зосереджена на відновленні нормального соціального і побутового функціонування людини, її духовного світу. Для цього мультидисциплінарній команді важливо розуміти базові настанови, уявлення (ілюзії) про картину світу військовослужбовця, які в результаті травматизації значно змінилися й потребують ретельного розпізнавання та корекції. Виходячи з цього, реабілітаційна робота з комбатантами спрямовується на подолання отриманого травмувального досвіду, особистісний розвиток та інтеграцію військовослужбовців у «мирне» суспільство. У запропонованій моделі увага зосереджена на мобілізації внутрішніх ресурсів військовослужбовців і близького оточення – сім'ї, друзів, колег, громади.

*Психосоціальна модель розвитку стійкості* М. Еувема [125], в основі якої покладено поняття «стійкість», що розглядається у якості універсальної здатності, що дає змогу людині запобігати, мінімізувати або долати згубні

наслідки того чи іншого нещастя, проблеми. Незважаючи на будь-які потрясіння у житті військовослужбовця (інвалідність, втрата сім'ї, смерть друзів тощо), він може спиратися як на свої внутрішні ресурси, так і зовнішню підтримку для адаптації до нових умов. Варто враховувати той факт, що вплив негативних чинників на комбатантів носить кумулятивний характер, тобто, маючи один чинник ризику, військовослужбовець імовірно буде чутливим до інших (наприклад, людина, яка зазнала насильства, в подальшому буде його продукувати, сприяючи появі і розвитку деструктивних емоційних станів).

Психосоціальні втручання передбачають роботу з захисними чинниками, які можуть нейтралізувати дії багатьох ризиків, з якими стикаються військовослужбовці. Йдеться про конструктивні механізми подолання труднощів усередині самого комбатанта, які проявляються у вигляді набутих навичок та здатностей, що розвиваються впродовж життя і допомагають впоратися з труднощами; підтримку близького оточення; взаємодію з іншими військовослужбовцями, побудована на принципах рівності; почуття нормалізації ситуації та майбутньої перспективи; безпеку та захист у фізичному та емоційному плані.

*Модель ненасильницького спілкування (NVC–Nonverbal Communication)*  
 М. Розенберга [100; 275; 385] ґрунтується на ідеї розуміння людиною власних потреб і потреб людей, які її оточують. Згідно з цією моделлю всі люди мають здатність до співчуття, а до насильницької або ворожої поведінки вдаються оскільки не знають інших ефективніших стратегій для задоволення потреб. Відповідно, така поведінка проявляється у спілкуванні за допомогою оцінювальних суджень, критики, погроз, вимог, примусу, які уводять людину від природного стану співпереживання, сприяючи появі нетерпимості до себе та інших людей. Таке спілкування призводить до глибоких внутрішніх ран, які в свою чергу викликають депресії, гнів, роздратування, невдоволення, фізичне насильство. Модель NVC передбачає навчання максимально зрозуміло й усвідомлено виражати чотири

інформаційні компоненти (спостереження (без осуду та звинувачень), почуття (без обдумувань), потреби (без стратегій), прохання (без вимог)), і відповідно отримувати ці ж самі компоненти від інших людей.

Визначальними елементами методологічного блоку системи, взаємодія яких впливає на організацію комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій, ми визначили *методологічні підходи* – системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний, детально представлені у п. 3.1, п. 3.2. і принципи, які, у свою чергу, були розподілені на дві групи – загальнонаукові і специфічні, представлені в п. 3.1

*Змістовий блок* розробленої моделі системи передбачає організацію і проведення комплексної реабілітації з виокремленням різних видів (соціальної, психологічної, медичної / фізичної, педагогічної) та їхній комбінації (п. 1.4). Для розв'язання завдань медико-соціально-психологічної реабілітації потрібно організувати диспансеризацію військовослужбовців, які отримали травми в ході бойових дій, та осіб, які не мають інвалідності, але є учасниками бойових дій. Крім того, для здійснення успішної соціально-психологічної адаптації та інтеграції у мирне життя, або професійну діяльність, необхідно проводити індивідуальну, групову та сімейну психотерапію, психологічне / сімейне консультування, соціально-психологічні тренінги тощо.

Педагогічна реабілітація учасників збройних конфліктів передбачає створення умов для здобуття професійної освіти в установах загальної системи професійної освіти, в освітніх установах соціального захисту та зайнятості, а також шляхом навчання на робочому місці. Комплекс заходів щодо сприяння соціально-педагогічній реабілітації інвалідів та учасників бойових дій, передбачає професійну орієнтацію; навчання, перенавчання, підвищення кваліфікації; професійну адаптацію; надання допомоги в отриманні робочого місця, включаючи сприяння при вступі на роботу; надання для спеціального робочого місця інваліда допоміжних технічних пристосувань або додаткового обладнання. Ми переконані, що тільки

комплексне поєднання реабілітацій дасть позитивний ефект від проведення реабілітаційних заходів, оскільки методи і технології, які використовують у реабілітаційному процесі взаємодоповнюють одне одного, тим самим підсилюючи реабілітаційно-корекційно-терапевтичний ефект.

Проведення комплексної реабілітації потребує, по-перше, відповідних умов, йдеться про спеціалізовані установи, де відбуватиметься реабілітація, і по-друге, відповідного кадрового складу мультидисциплінарної команди – фахівців, які організовуватимуть, проектуватимуть, здійснюватимуть і контролюватимуть цей процес (п. 3.2).

До складу системи організації комплексної реабілітації повинні входити реабілітаційні установи різного рівня (регіональні) і різної відомчої приналежності та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечують поетапне і послідовне відновлювальне лікування військовослужбовців учасників бойових дій. Система установ реабілітації повинна забезпечувати наступність ланок «стаціонар – санаторій – поліклініка – соціальні установи» і «поліклініка – соціальні установи – заклади освіти».

На регіональному (міському) рівні до таких установ ми віднесли:

1) установи соціального захисту (багатопрофільні Центри комплексної реабілітації, спеціалізовані навчальні заклади початкової та середньої професійної освіти; спеціалізовані Центри комплексної реабілітації);

2) заклади охорони здоров'я відновлювального лікування; відділення відновлювального лікування в лікарнях; поліклініки відновлювального лікування; шпиталі для інвалідів та учасників бойових дій; санаторії Міноборони;

3) заклади освіти (навчальні заклади середньої професійної та вищої освіти);

4) установи служби зайнятості (Центри професійної реабілітації

інвалідів і учасників бойових дій);

5) установи сфери дозвілля і культури (бібліотеки, екскурсійні бюро, музеї, клуби, центри творчості тощо);

6) установи фізкультури і спорту (спортивні клуби, фізкультурно-оздоровчі комплекси, стадіони тощо);

7) регіональні центри психологічної реабілітації і лікування; служби соціально-психологічного відновлення учасників АТО;

8) медико-соціальні експертні комісії, що проводять медико-соціальну експертизу для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності [257]. До складу медико-соціальних комісій входять представники МОЗ, Мінсоцполітики, Міноборони, закладів охорони здоров'я МВС, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, представники Пенсійного фонду України, органів державної служби зайнятості, працівники науково-педагогічної та соціальної сфери;

9) стаціонарні установи соціального обслуговування (будинки-інтернати для інвалідів, психоневрологічні інтернати);

10) соціальні притулки – стаціонарні соціально-медичні установи для тимчасового або постійного проживання інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування;

В організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у складі мультидисциплінарної команди головна роль відведена соціальному працівникові, який виконує спектр функціональних обов'язків:

– діагностувальну, що була спрямована на встановлення

«соціального діагнозу» – оцінку сімейного стану, міжособистісних відносин у військовому колективі, визначення кола інтересів та здібностей, розвиток яких сприяв би формуванню Я-концепції як важливого показника реабілітованості комбатанта;

– організаційну, що передбачала активізацію професійної діяльності фахівців мультидисциплінарної команди та відповідних соціальних служб, що опікуються комплексною багатопрофільною реабілітацією;

– освітню, що була спрямована на залучення комбатантів до життя в мирному соціумі, формування у них адекватного ставлення до сім'ї, родичів, друзів, колег по роботі; активізацію внутрішніх резервів комбатантів як важливої рушійної сили реабілітаційного процесу; проведення тренінгових занять, сімейної психотерапії;

– прогностичну, метою якої було прогнозування та проектування реабілітаційних заходів з військовослужбовцями, їхніми сім'ями, найближчим оточенням;

– соціально-терапевтичну, спрямовану на корекцію та лікування деструктивних емоційних станів, стресів, ПТСР та їх наслідків;

– організаційно-комунікативну, що передбачала розширення комунікативної сфери комбатантів, організації клубів за інтересами, проведення тренінгових занять.

*Процесуальний блок* представлений технологією реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами. Так, діагностувальний етап передбачає проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців. Основне завдання цього етапу полягає у визначенні психоемоційного стану й індивідуально-психологічних особливостей комбатантів. На другому етапі на основі аналізу отриманих у ході діагностики даних із метою найбільш ефективної реалізації реабілітаційного потенціалу комбатанта з урахуванням його індивідуальних особистісних особливостей і запиту відбувається розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з чітким визначенням комплексу реабілітаційних методів і

технологій. Робочий етап зосереджений на практичному виконанні реабілітаційних заходів, передбачених ІПР. Вибір форм (групова / індивідуальна) реабілітаційних заходів будується і проводиться відповідно до діагностувальних досліджень. На завершальному етапі відбувається після реабілітаційний супровід військовослужбовців, що дає змогу спостерігати за динамікою їхнього психоемоційного стану. Соціально-психологічний супровід надається як військовослужбовцям, які повернулися до виконання службових обов'язків у зону військових дій, так і комбатантам, які повернулися до мирного життя.

Вагомим елементом процесуального блоку ми визначили комплекс інноваційних психотерапевтичних методів і різноманітних технологій (арт-терапевтичних, тренінгових, ігрових) (п. 2.2, п. 2.3, п. 2.4). Їх органічне поєднання сприятиме проведенню ефективної комплексної реабілітації комбатантів.

Слід зазначити, що комплексна реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій спрямована на подолання проявів ПТСР, ґрунтується на концепції посттравматичних стресових реакцій і залежатиме від поєднання різних видів психотерапії (психодинамічної, когнітивної, поведінкової, гештальт-терапії, наркосинтетичної тощо) і форм психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної). При цьому комплексна реабілітація може носити строковий характер (*crisis intervention*), мати обмежений термін (*brief psychotherapy*) або бути розрахованою на тривалий період (*long term PTSD intervention*).

Результативний блок моделі системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій представлений компонентами (мотиваційним, стресостійкісний, поведінковий), рівнями реабілітованості (високим, достатнім, середнім, низьким) і результатом – динамікою реабілітованості комбатантів.

Таким чином, взаємодія названих вище блоків (методологічного, змістового, процесуального і результативного) забезпечує цілісність і



ефективність запропонованої моделі системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій, а також спрямована на оптимізацію практичної діяльності з цією категорією клієнтів, що потребують комплексної реабілітаційної діяльності.

### **3.4. Обґрунтування та характеристика організаційно-педагогічних умов дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях**

Науковий аналіз проблеми організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями збройних сил України учасників бойових дій передбачає визначення низки організаційно-педагогічних умов, які дадуть змогу ефективно побудувати цей процес. Для конкретизації та уточнення організаційно-педагогічних умов звернемося, передусім, до висвітлення сутності наукового поняття «умова». У науково-довідковій літературі умова схарактеризовано як:

– «філософська категорія, у якій відображаються універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає та існує. Завдяки наявності відповідних умов властивості речей переходять з можливості в дійсність» [330, с. 482];

– «сукупність перемінних природних, соціальних, зовнішніх та внутрішніх чинників, що впливають на фізичний, психічний, моральний розвиток людини, її поведінку; виховання і навчання, формування особистості» [253, с. 36].

У результаті аналізу наукової літератури щодо методологічних підходів (системного, комплексного, технологічного), видів реабілітації (соціальної, психологічної, медичної / фізичної, педагогічної) виокремлено п'ять організаційно-педагогічні умови, реалізація яких матиме суттєвий позитивний вплив на увесь процес організації та проведення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які приймали активну

участь у бойових діях. Варто брати до уваги той факт, що кожна організаційно-педагогічна умова виступає вагомим підґрунтям для наступної, що і характеризує їх тісний взаємозв'язок. Тобто усі організаційно-педагогічні умови взаємозумовлені та рівні між собою, а тому мають однаковий вплив на усі компоненти реабілітації комбатантів.

Дамо характеристику першої організаційно-педагогічної умови – здійснення комплексної реабілітації комбатантів з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку». Реабілітаційна робота має декілька складових: медичну, психологічну, соціальну тощо, взаємопов'язаних між собою. Вони мають забезпечуватися комплексом реабілітаційних заходів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### Реабілітаційні заходи у системі комплексної реабілітації

Види реабілітації	Комплекс заходів
Соціальна реабілітація [135]	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) групова та індивідуальна роботу з членами сімей учасників АТО, спрямовану на підготовку до повернення звільненої з військової або спеціальної служби особи в сім'ю та суспільство;</li> <li>2) аналіз актуальної ситуації, визначення актуальних соціальних та особистісних потреб отримувача, психологічну діагностику та оформлення у разі потреби картки психологічного супроводу;</li> <li>3) організація зустрічей із представниками ветеранських груп підтримки та взаємодопомоги, робота за принципом «рівний – рівному»;</li> <li>4) соціально-психологічна просвіта та залучення отримувачів до участі в реабілітаційних заходах, а також мотивування на роботу з надавачем;</li> <li>5) групова робота, групове та індивідуальне консультування з метою стабілізації психічного стану отримувача, формування в нього навичок самопомоги та основ здорового способу життя;</li> <li>6) інформування отримувача щодо його прав та можливостей та роз'яснення їх змісту</li> </ol>

<p><i>Психологічна реабілітація</i> [85; 86; 135]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) перша психологічна допомога – система короткотривалих невідкладних заходів, спрямованих на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану і негативних емоційних переживань людини чи групи людей, що постраждали внаслідок екстремальної чи надзвичайної події;</li> <li>2) психотерапія – це науково обґрунтований та емпірично перевірений вид діяльності, спрямований на вирішення психічних, психосоматичних, соціальних проблем людини та покращення її психічного здоров'я і благополуччя, і здійснюється в межах певного визначеного набору інтервенцій (методу психотерапії);</li> <li>3) групові заняття, тренінги – спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальної адаптації. Це спільна діяльність пацієнтів в лікувальних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на хворобливому стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички;</li> <li>4) індивідуальна програма терапії – спрямована на відновлення деформованої психіки пацієнтів і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії. Робота з мислеобразами в стані релаксації дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти, за рахунок цього, збудження центральної нервової системи. У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляції, забезпечується самовідновлення. Можливість самостійної подальшої роботи за даною програмою замінює негативні відбитки минулого у свідомості людини;</li> <li>5) психологічний супровід – комплекс психологічних та організаційних заходів, спрямованих на моніторинг психічного стану особи, реагування на її потреби в психологічній допомозі та психологічних послугах</li> </ol>
---	---

<p><i>Фізична реабілітація</i> [151; 369; 391]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) позиціонування – це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення для профілактики патологічних поз, контрактур чи болю;</li> <li>2) силове тренування, що передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м'язову силу й координацію;</li> <li>3) кардіофітнес передбачає виконання аеробних вправ (ходьба, біг, велотренажер) помірної інтенсивності протягом тривалого періоду для підвищення функціонування серцево-судинної й дихальної систем та всього організму в цілому;</li> <li>4) тренування мобільності – це заняття, що направлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сидання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад рами чи палиці;</li> <li>5) ортезування – підбір та правильне використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили гомілковостопного суглоба (ортез), щоб підтримати вагу тіла пацієнта, поки він заново навчається ходити;</li> <li>6) відновлення амплітуди рухів – відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м'язів (спастичності) й відновити діапазон руху;</li> <li>7) вправи на покращення координації та рівноваги проводяться на різноманітних м'ячах та м'яких поверхнях зі зменшенням площі опори;</li> <li>8) відновлення навичок самообслуговування передбачає перенавчання навичок чи оволодіння новими стратегіям догляду за собою (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання) та проведення активного дозвілля й відпочинку (хобі, творчі заняття);</li> <li>9) заняття на дрібну моторику включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами);</li> <li>10) сенсорне тренування – це різноманітний вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту);</li> </ol>
--	--

	<p>11) когнітивне тренування – допомагає покращити пам'ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії;</p> <p>12) дихальні втручання – це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секретії та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх;</p> <p>13) адаптація оточуючого середовища чи помешкання для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта;</p> <p>14) віртуальна реальність – нова, комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі.</p>
<p>Медична реабілітація [215]</p>	<p>1) ЛФК – фізична підготовка військовослужбовців, які за станом здоров'я не можуть бути допущені до регулярних занять фізичною підготовкою;</p> <p>2) масаж (лікувальний самомасаж; спортивний масаж);</p> <p>3) помірна та помірно-тренувальна лікувальна фізична культура (кінезотерапія) – напрямок фізичної терапії, який передбачає виконання активних і пасивних рухів, вправ лікувальної гімнастики та роботи на тренажерах для досягнення конкретного терапевтичного результату;</p> <p>4) фізіотерапія – галузь медицини, що вивчає фізіологічну дію природних (вода, повітря, сонячне тепло і світло) і штучних (електричний струм, магнітне поле тощо) фізичних факторів, а також розробляє методи їхнього лікувального профілактичного застосування.;</p> <p>5) механотерапія – комплекс лікувальних, профілактичних та відновлювальних вправ за допомогою спеціальних засобів (тренажери) на покращення рухливості суглобів, окремих м'язів та їхніх груп задля збільшення функціональної адаптації хворого;</p> <p>6) водолікування, гідротерапія – різноманітні способи зовнішнього застосування вод із лікувальною та профілактичною метою, загальними властивостями яких є температурний, механічний та хімічний впливи;</p> <p>7) гідрокінезотерапія (ЛФК у басейні) – високоєфективний метод лікування, що дає змогу суттєво поліпшити результати процедури лікування пацієнтів, які відчувають</p>

	<p>дискомфорт від захворювань травматологічного та ортопедичного характеру; надає можливість попередити розвиток інвалідності;</p> <p>8) ароматерапія – мистецтво використання ефірних олій, фітонцидів рослин та інших ароматних речовин для укріплення фізичного та психічного здоров'я та догляду за тілом;</p> <p>9) мовна терапія займається діагностикою та терапією обумовлених захворюваннями центральної нервової системою мовних і голосових порушень, порушень читання і письма, паралічу, порушень ковтання тощо;</p> <p>10) реконструктивна хірургія – втручання, корекція за медичними показаннями</p>
Педагогічна реабілітація	<p>1) власний приклад;</p> <p>2) переконання;</p> <p>3) метод інклюзії;</p> <p>4) бесіда;</p> <p>5) консультування;</p> <p>6) організація походів;</p> <p>7) екскурсії;</p> <p>8) соціотерапія;</p> <p>9) дидактичні ігри, вправи</p>

У цьому контексті важливою є концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, що передбачає систему заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності [169, с. 5]. Виходячи з цього, обов'язковою умовою ефективної реабілітації є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних заходів кожного виду реабілітації, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як перша психологічна допомога, групові тренінгові заняття, індивідуальне консультування, тренування для відновлення здоров'я.

Подібної думки притримуються українські дослідники, наголошуючи, що «під час планування реабілітаційних заходів для учасників АТО,

необхідно використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби в медико-психологічній, психіатричній та соціальній допомозі» [169, с. 34]. Варто враховувати той факт, що тривалість реабілітаційного процесу є індивідуальною для кожної особи й залежить від тяжкості травми, супутніх порушень та часу надання реабілітаційної допомоги від початку захворювання. Реабілітація може триватиме від декількох місяців до кілька років.

Другою організаційно-педагогічною умовою ми визначили *організацію і здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців*.

Фахівці з соціальної, психологічної, фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими фахівцями, сім'єю відіграють важливу роль у реалізації цілісного підходу комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Мобільні мультидисциплінарні бригади психологічної допомоги надають невідкладну психологічну допомогу та інші психологічні послуги військовослужбовцям учасникам бойових дій. До складу таких бригад можуть входити надавачі психологічних послуг, соціальні працівники, психіатри, медичні працівники, у тому числі з числа ветеранів війни та учасників бойових дій. Спробуємо визначити склад мультидисциплінарної команди, учасники якої проводитимуть ефективну комплексну реабілітацію комбатантів учасників бойових дій.

*Соціальний працівник*, завдання якого – покращити благополуччя комбатантів за рахунок надання їм необхідної підтримки. Він не займається діагностикою і лікуванням. До соціального працівника звертаються тоді, коли потрапляють в несприятливі соціальні ситуації: різке погіршення житлових умов, втрата роботи, серйозна хвороба, інвалідність, а також різного роду залежності (алкоголізм, наркоманія тощо).

Вітчизняні дослідники [169] наголошують, що до проведення заходів за психологічним напрямком реабілітації залучаються фахівці, які мають

диплом про повну вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем не нижче спеціаліста або магістра за спеціальністю: «психологія», «практична психологія» або «медична психологія», а також загальний досвід роботи за спеціальністю (фахом) «психологія», «практична психологія» або «медична психологія» не менше 5 років. Отже, йдеться про ще одного учасника комплексної реабілітації – *психолога*, одним із головних завдань якого є створення умов для поступової асиміляції психотравмувального досвіду.

У нашому дослідженні ми наголошували на якомога ранньому проведенні реабілітаційних заходів, по можливості у зоні військового конфлікту. Цим мають займатися *військові психологи*, пріоритетними напрямками роботи яких є проведення цілеспрямованих досліджень щодо науково-методичного забезпечення психологічної роботи у ЗС України; психологічної допомоги військовослужбовцям, що брали участь в АТО, операціях з підтримання миру та безпеки; розроблення рекомендацій щодо психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах бойової обстановки й після бою; недопущення до зброї осіб, схильних до нервово-психічних зривів при незначних фізичних і психічних навантаженнях, попередження самогубств; викорінювання формалізму й несумлінного ставлення посадових осіб деяких військових комісаріатів до виконання вимог керівних документів і своїх посадових обов'язків під час мобілізації; підвищення рівня професійної підготовки більшості військових психологів, викорінювання формалізму при проведенні заходів психологічної забезпечення; нарощування та вдосконалення матеріально-технічної бази психологічної роботи; створення кімнат психологічного розвантаження, їхнього технічного оснащення на рівні сучасних вимог, що висувуються до психореабілітаційної роботи [9].

Окрім розв'язання так званих психологічних проблем він має вирішувати проблеми, пов'язані з професійною реабілітацією для допомоги у працевлаштуванні і необхідністю вивчення ринку вакансій робочих місць. Однією з функцій *психологів служб зайнятості* є профорієнтація і надання



психологічної допомоги населенню. Тому психологи і співробітники таких установ повинні не тільки знати особливості дезадаптивних порушень поведінки військовослужбовців-комбатантів, а й уміти проводити з ними індивідуальну і, при необхідності, групову консультативно-психологічну роботу [179, с. 160].

Погоджуючись із медиками [151], ми переконані, що в контексті фізичної реабілітації одним із фахівців-реабілітологів має бути *кінезитерапевт*, який допомагає відновити нормальний рух у суглобах та м'язах за допомогою практичних технік та надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення тіла. Кінезіологічне втручання може проводитися за допомогою фізичних (ручних) чи механічних засобів. Фахівці з кінезитерапії спеціалізуються на відновленні рухових та сенсорних порушень; оцінюють силу, витривалість, амплітуду рухів, порушення ходьби та сенсорний дефіцит у пацієнтів для розробки індивідуальної програми кінезитерапії, спрямованої на відновлення контролю над руховими функціями.

Стратегії, що застосовують кінезитерапевти для заохочення використання ураженої ноги чи руки, включають селективну сенсорну стимуляцію, таку як стискання чи погладжування, активні й пасивні вправи для збільшення амплітуди руху та тимчасові обмеження здорової кінцівки під час виконання рухових завдань. Особи після перенесеної травми навчаються компенсаторній стратегії для зменшення впливу залишкового дефіциту та залучаються до постійного дозованого фізичного навантаження, що допомагає зберегти свої нові рухові вміння та навички [249].

Загалом кінезитерапія акцентує увагу на практикуванні ізольованих рухів, неодноразово переходячи від одного виду руху до іншого та повторення складних рухів, що вимагають значної координації й рівноваги, наприклад ходьба вгору або вниз по сходах чи безпечне переміщення між перешкодами. Якщо особа надто слабка, щоб тренуватися з обтяженням власною вагою тіла, заняття проводиться під час гідротерапії (протягом якої

вода забезпечує сенсорну стимуляцію разом із підтримкою обтяження вагою тіла) або у спеціальних приладах-підйомниках [151; 391].

*Лікар-реабітолог* крім оволодіння спеціальними знаннями з фізіотерапії, масажу, лікувальної фізкультури повинен добре орієнтуватися в багатьох видах патології, клінічного прояву різних хвороб і їх наслідків, які змінюють стан функціонального рівня органів, систем, всього організму хворих та інвалідів. Масаж, фізіотерапія, лікувальна фізкультура – неповний перелік заходів, який входить до сфери діяльності реабітолога. Окрім цього, він повинен досліджувати і оцінювати за допомогою функціональних проб фізичний стан хворого для обґрунтованого призначення фізичного навантаження як важливого засобу реабілітації, а також для всіх видів контролю реабілітації на її етапах [301].

Слід зазначити, що склад муніципальної команди може змінюватися. У разі необхідності можуть бути залучені інші фахівці, що здійснюватимуть реабілітацію військовослужбовців учасників бойових дій.

Третьою організаційно-педагогічною умовою вибрано *проведення ранньої діагностики потреб та проблем військовослужбовців (згідно розробленої комплексної програми)*.

Участь у проведенні АТО на Сході України військовослужбовців доволі часто стає причиною ПТСР. Погоджуємося із О. Тополь у тому, що «наслідки воєнно-травматичних стресових обставин визначаються психологічними чинниками (індивідуально-типологічними, психічними, характерологічними особистісними особливостями військовослужбовця, адекватністю механізмів психологічного захисту та адаптації тощо), тривалістю дії стресових факторів та соматоневрологічною важкістю. Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10)» [319, с. 231].

У психологічному плані проведення діагностики передбачає вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність. Завданнями вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали впливу бойового стресу, є:

- 1) визначення наявності, складу та вираженості виявлених негативних психологічних наслідків бойового стресу;
- 2) з'ясування причин їх виникнення та прояви рецидивів;
- 3) встановлення ефективності способів совладання військовослужбовця з негативними психологічними наслідками бойового стресу;

визначення доцільності використання комплексу методів допомоги конкретному військовослужбовцю [86].

Процес здійснення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар'єру, який, як правило, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов'язаної з пережитим ними психотравмувальним досвідом. Проведення діагностувальної бесіди дає змогу військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося в умовах бойової обстановки, відреагувати емоції, пов'язані з важким періодом життя, відновити цілісну картину значущих для них подій, глибше усвідомити і переосмислити їх, з'ясувати, як це вплинуло на їхнє життєдіяльність і здоров'я [85].

Встановлено, що згідно із «Довгостроковою програмою медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» [221], передбачалося проведення поглибленого обов'язкового медичного обстеження військовослужбовців, що виконували бойові завдання. За результатами медичного обстеження військово-лікарські комісії здійснювали розподіл миротворців на три групи: перша – ті, хто потребують стаціонарного лікування, друга – ті, хто потребують санаторно-курортного

лікування, третя – ті, яким для відновлення функціонального стану і підвищення працездатності показано відпочинок.

Показниками поведінки бійця, що вказують на необхідність термінової медичної реабілітації група дослідників [86] називають:

- реакції інтенсивного страху та безпорадності в результаті наявності реальної психотравмувальної події, що зафіксована документально;

- поранення чи каліцтво;

- нав'язливе відтворення психотравмувальної події в образах та уяві, що повторюється;

- ефекти раптового поживлення психотравми у стані алкогольної інтоксикації чи в просонному стані;

- психогенна амнезія;

- труднощі з засинанням, поганий сон чи раннє пробудження;

- уникнення розмов та дій, що визивають стимуляцію психотравми;

- зловживання алкоголем та наркотиками;

- суїцидальні наміри;

- соматичні скарги: головний біль, м'язове напруження, стомлюваність, розлади шлунково-кишкового тракту, запаморочення, біль у серці;

- уникнення соціальних контактів;

- дистанціювання від близьких та рідних людей;

- підвищену дратівливість та агресію;

- немотивовані спалахи гніву;

- професійну та особистісну деградацію.

Дані порушення спостерігаються на протязі одного місяця [86, с. 139].

Окрім цього, варто враховувати показання до психологічної реабілітації, що передбачає поєднання психологічних негативних ознак, представлених у додатку А.

Підтримуючи групу вітчизняних дослідників, пропонуємо у ході діагностики використовувати такий методичний інструментарій:

– опитувальник для первинного скринінгу ПТСР дає змогу в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР (Додаток Б);

– опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективна в діагностиці великого депресивного розладу, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів (Додаток В);

– шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП – англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів ПТСР і оцінку ступеня його вираженості. (Додаток Г);

– анкета «Стрес-фактори» виявляє негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій. Розроблена науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (Додаток Д);

Методики підбиралися таким чином, щоб вони охоплювали всі психологічні характеристики, які зазнають змін під час перебування в екстремальних бойових умовах.

Свідченням того, що колишні учасники воєнних дій зазнають труднощів процесу адаптації до умов цивільного життя, є їхнє конфліктне поводження у соціальному середовищі: нездатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами. Колишні солдати підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поводження на мирний ґрунт, хоча у глибині душі розуміють, що це неприпустимо. Після фронтової ясності конфлікти мирного часу, коли «супротивник» формально таким не є і застосування до нього звичних методів боротьби заборонено

законом, нерідко виявляються складні для психологічного сприйняття тих, у кого виробилася миттєва і загострена реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом фронтовикам важко стриматися, виявити гнучкість, відмовитися від звички «тільки що не по-їхньому» – хапатися за зброю (у прямому або в переносному значенні) [313]. Для діагностики конфліктності ми пропонуємо використовувати тест «Самооцінка конфліктності» В. Ратнікова (додаток Е).

На підставі результатів психодіагностичного тестування, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження військовослужбовців, повинні бути розподілені на три групи:

– військовослужбовці без істотних відхилень психічного стану, які зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність, справляються зі своїми службовими обов'язками, мають нормальні взаємини в сім'ї. Такі військовослужбовці не вимагають пильної уваги психолога, вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись з психологічними проблемами, пов'язаними з перебуванням в районі виконання службових завдань;

– військовослужбовці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, відчують труднощі в повсякденному житті, але зберігають контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, які потребують проведення реабілітаційних, відновлювальних заходів;

– військовослужбовці, які мають виражені прояви посттравматичної стресової симптоматики, порушення соціальної та професійної адаптації, проблеми в родині, вимагають постійного спостереження [169].

На основі даних, отриманих під час проведення діагностики, та поставлених цілей підбираються засоби для кожного виду реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання – послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезитерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики [203].

Ще однією умовою ми визначили *розробку індивідуальної програми реабілітаційних заходів для комбатантів*. Індивідуальна реабілітаційна програма розробляється фахівцями мультидисциплінарної команди з врахуванням «індивідуального випадку». Ефективність програми залежатиме від своєчасної комплексної діагностики й врахування поетапності загальних реабілітаційних заходів:

- первинної психопрофілактики, що здійснюється на етапі передубуванням військовослужбовців у район проведення АТО для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація);

- заходів медико-психологічної реабілітації, що здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення АТО;

- заходів медико-психологічної реабілітації, що здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення АТО для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боездатності);

- медико-психологічної реабілітації, що проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;

- відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни.

Важливою педагогічною умовою ми визначили також *соціально-психологічний супровід військовослужбовців у постреабілітаційний період*. У цьому контексті відзначимо, що проблема постконфліктної реабілітації визначається соціально-психологічними та інформаційними умовами, які створені в суспільстві. До них належать позитивне ставлення до потерпілих з боку суспільства; позитивна оцінка їх у сім'ї; можливість ділитися пережитим з ким-небудь [175, с. 109].

Соціальний супровід – це вид соціальної роботи, спрямований на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій населення з метою подолання життєвих труднощів, мінімізації негативних наслідків чи повного розв’язання проблем, збереження та підвищення їх соціального статусу [306, с. 8]. За визначенням Н. Пряжнікова, психологічний супровід є цілісним і безперервним процесом вивчення й аналізу, формування, розвитку й корекції суб’єктів праці [260].

Соціально-психологічний супровід передбачає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги після комплексної реабілітації.

До офіційних ресурсів соціального супроводу Н. Олексюк відносить засоби, використання яких передбачене чинним законодавством та нормативно-правовими документами. Серед них дослідниця виділяє: соціальні служби, навчально-виховні заклади, державні установи і організації, діяльність яких спрямована на виконання соціальних/ соціально-педагогічних функцій, а також їх працівників, устаткування і обладнання, документацію та технології, якими володіють спеціалісти [232].

Найважливішу роль у забезпеченні ефективності соціального супроводу виконують внутрішні (особистісні) ресурси учасників означеного процесу, до яких відносять такі психологічні характеристики індивіда: особистісні характеристики (особливості характеру, темпераменту, а також інтереси, мотиви, потреби і цінності); особливості пізнавальних процесів (мислення, мови, пам’яті, сприймання, уваги і уяви); особливості прояву емоційно-вольових станів індивіда; освітній рівень; професійні та соціальні уміння і навички, так і власний потенціал сім’ї військовослужбовця у цілому [307, с. 167].

Таким чином, організаційно-педагогічними умовами дієвості організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях є: здійснення комплексної реабілітації комбатантів з виокремленням ключової реабілітації із



врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики стану військовослужбовців (згідно розробленої комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для комбатантів; соціально-психологічний супровід військовослужбовців у постреабілітаційний період. Виокремлені організаційно-педагогічні умови розглядаємо як системотвірний чинник моделювання системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій.

## РОЗДІЛ 4

### ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 4.1. Загальна методика проектування реабілітаційного простору

В сучасній українській мові термін «методика» означає сукупність методів навчання чогось [106, с. 89]. На думку вченого [там само], слово «методика» походить від давньогрецького слова «*methodike*», що в перекладі означає сукупність методів і ґрунтується на узагальненому досвіді людства, теоретично осмисленому в системі наукового пізнання. Спираючись на розуміння суті методики С. Гончаренко, ми переконані, що одним із важливих завдань методики проектування реабілітаційного простору є обґрунтування змісту створення реабілітаційного процесу у відповідному просторі.

Слід зазначити, що методика представляє собою сукупність способів доцільного проведення будь-якої роботи. Щодо комплексної реабілітації комбатантів можна говорити про методику як про сукупність форм, методів, прийомів організації реабілітаційного процесу військовослужбовців учасників бойових дій, спрямованих на ефективну реабілітацію й готовність повернутися до військової служби, або адаптацію у соціумі до умов мирного життя. Отже, методика є сукупністю різних технологій і методів реабілітації, що працюють згідно з певною логікою у спеціально створеному реабілітаційному процесі.

Трактуючи розуміння лікувально-реабілітаційного процесу як «системного, комплексного й багаторівневого впливу на пацієнтів» [346, с. 249], розуміємо реабілітаційний процес як системний, комплексний, технологічний і багаторівневий вплив на військовослужбовців учасників бойових дій різноманітними реабілітаційно-корекційно-терапевтичними засобами.

Для підвищення ефективності реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій необхідно, крім розроблення технології організації і здійснення комплексної реабілітаційної діяльності, створення цілісного «реабілітаційного простору», подібного до терапевтичного середовища (ТС), усі чинники якого спрямовані на компенсацію наявних розладів і оптимізацію особистісного і соціального функціонування пацієнта [168]. Особливою мірою це стосується різноманітних закладів реабілітаційного профілю.

В якості основних підсистем ТС виділяють «персонал», «колектив хворих», «родичі хворого» і «оточуюче середовище» [346]; якість терапевтичного альянсу [146]; атмосфера взаємної поваги, партнерства, «терапевтичного союзу», що передбачає залучення до психотерапевтичної роботи близького оточення хворих [228].

Методика психологічної реабілітації (за В. Поповим [255, с. 19]) передбачає такі заходи: 1) створення психологічних умов підвищення ефективності діяльності реадaptaції; 2) реалізація загальних психологічних вимог до трудової діяльності; 3) підтримувальні (профілактичні) психокоректувальні заходи. До методики проектування реабілітаційного простору дослідники [198] висувають певні вимоги. По-перше, методика повинна бути не тільки ефективною, але й гранично простою, що надає можливість широко її застосовувати різними фахівцями (психологи, психофізіологи, лікарі-фахівці з функціональної діагностики тощо) з різним рівнем професійної підготовки. По-друге, методика повинна бути порівняно невеликою за обсягом і носити характер експрес-методу, але, в той же час, вона має бути надійною, що дає змогу розділяти обстежуваних на кілька груп за рівнем адаптаційних можливостей і характеристикою відповідності «психічній нормі». По-третє, методика повинна надавати інформацію, яка може бути використана при прогнозі результату адаптації й оцінки ймовірності зниження рівня здоров'я, а також повинна сприяти проведенню профілактичної роботи на основі отриманих даних.

Підтримуючи думку українських дослідників [135], вважаємо, що надання реабілітаційних послуг відбувається на чотирьох організаційних рівнях (табл. 4.1). Рівень, на якому отримувачу мають бути надані психологічні послуги, визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням соціальної ситуації отримувача та стану його здоров'я, психічного стану. Психологічна діагностика обов'язково проводиться на початку та наприкінці надання психологічних послуг, а також за потреби у процесі їхнього надання відповідно до стану отримувача.

Таблиця 4.1

## Рівні надання реабілітаційних послуг

Рівні	Завдання	Заходи
<b>Перший рівень</b> (орієнтація на потреби військово-службовців, які пережили стресові події, зіткнулися зі змінами в житті і потребують супроводу, а також на осіб, які матимуть стресові події попереду і потребують підготовки для зміцнення стресостійкості та навичок відновлення)	1) надання психологічної допомоги та супроводу у психологічному відновленні та адаптації до змін; 2) забезпечення розвантаження, стабілізації, відновлення та адаптації (реадаптації) отримувача до умов перебування, несення служби (виконання бойових завдань) або до цивільного життя; 3) надання психологічної підтримки особам з інвалідністю.	1) методи психологічного відновлення та «декомпресії» (комплекс заходів фізичного відновлення та психологічного розвантаження особи та запобігання розвитку психологічних травм) для бойових підрозділів; 2) психологічний скринінг (діагностика) під час проведення обов'язкового комплексу заходів, що передують звільненню з військової або спеціальної служби, у тому числі демобілізації, оцінку необхідності перенаправлення на наступні рівні; 3) психологічна просвіта та інформування; 4) психосоціальна підтримка та супроводу у період адаптації у переході від участі в бойових діях до функціонування поза зоною бойових дій; 5) психологічна взаємопідтримка (тренінг, групи взаємодопомоги); 6) послуги психосоціальної підтримки та психосоціального супроводу

<p><b>Другий рівень</b> (орієнтація на розв'язання актуальних або специфічних психологічних проблем військовослужбовців, які виникли внаслідок їхньої участі або участі членів їхніх сімей у бойових діях, перебування в екстремальних ситуаціях або внаслідок отримання інвалідності)</p>	<p>1) надання спеціалізованої психологічної допомоги; 2) осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, і сприяння посткризовому зростанню; 3) психологічна просвіта і психологічна діагностика; 4) психологічне консультування в індивідуальній, сімейній або груповій формі</p>	<p>1) індивідуальні та/ або сімейні консультації (до 10-ти); 2) комплекс спеціалізованих психологічних та реабілітаційних послуг</p>
<p><b>Третій рівень</b> (орієнтація на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і системи стосунків комбатантів, створення умов для повноцінного виходу із кризи, відновлення боєздатності або працездатності, психічних і соціальних механізмів адаптації та якість життя, та сприяння посткризовому зростанню)</p>	<p>1) надання психологічних послуг передбачає терапію розладів психічного здоров'я; 2) надання психотерапевтичних послуг</p>	<p>Індивідуальна психотерапія</p>
<p><b>Четвертий рівень</b> (орієнтація на допомогу особам, які мають психічні розлади, і передбачає надання спеціалізованої допомоги у відповідності до розладу)</p>	<p>1) надання психологічних послуг одночасно з медичною допомогою, послугами фізичної та медичної реабілітації; 2) психологічна просвіта та психологічна діагностика; 3) психологічне консультування; 4) психотерапія, медикаментозна терапія</p>	<p>Індивідуальна психотерапія та групова робота</p>

Первинно, психологічні послуги учасникам АТО надаються одразу після виконання службово-бойового завдання або завершення АТО, а якщо операція або завдання триває більш ніж 3 дні, психологічні послуги надаються за графіком, що затверджується в порядку, встановленому положеннями щодо надання психологічних послуг військовими та спеціальними частинами. При цьому враховується, що психологічні послуги надаються учасникам АТО невідкладно на будь-якій стадії проведення операції або виконання завдання, якщо потреба в їхньому наданні обумовлена ситуацією, яка складається в підрозділі, або психічним станом окремих учасників.

Слід зазначити, що при виборі фахівця мультидисциплінарної команди, до якого направляється військовослужбовець, який потребує реабілітації, послідовно визначаються:

- рівень, на якому отримувачу мають бути надані реабілітаційні послуги;
- спеціалізація фахівця, що надає реабілітаційні послуги необхідного рівня;
- місце надання послуг – конкретна соціальна установа, що здійснюватиме реабілітаційні заходи.

Суб'єктами, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію військовослужбовців – учасників бойових дій, можуть бути:

- 1) військові та спеціальні частини;
- 2) заклади охорони здоров'я військових та спеціальних формувань;
- 3) органи військового обліку;
- 4) центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – надають психологічні послуги першого рівня отримувачам, які не перебувають на військовій або спеціальній службі;
- 5) заклади психологічної реабілітації та травматерапії – надають психологічні послуги першого–четвертого рівня усім категоріям отримувачів;

- б) самозайняті особи-надавачі;
- 7) мобільні мультидисциплінарні бригади психологічної допомоги – надають невідкладну психологічну допомогу та інші психологічні послуги всім категоріям отримувачів;
- 8) реабілітаційні установи, зокрема реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю;
- 9) заклади охорони здоров'я, які надають психологічні послуги в амбулаторних умовах;
- 10) заклади охорони здоров'я, крім санаторно-курортних закладів, які надають психологічні послуги в стаціонарних умовах, в тому числі шпиталі ветеранів війни;
- 11) санаторно-курортні заклади;
- 12) установи виконання покарань та слідчі ізолятори [135].

При визначенні необхідного рівня надання реабілітаційних послуг комбатантам обов'язковим є врахування таких аспектів:

– військовослужбовці, які не заявляють про наявність спеціальних потреб, а саме, інвалідність, алкогольну залежність або залежність від психоактивних речовин, схильність до насилля, направляються до суб'єктів, які надають реабілітаційні послуги першого рівня;

– у разі наявності у комбатанта спеціальних потреб, він направляється на третій рівень, при цьому пріоритетним є вибір суб'єкта, який спеціалізується на наданні необхідних послуг отримувачам із визначеною потребою;

– до реабілітаційних установ для військовослужбовців із інвалідністю можуть бути направлені отримувачі з числа осіб з інвалідністю, які не проходили психологічної діагностики, або за її результатами повинні бути направлені на перший або другий рівень. Направлення отримувачів до таких установ здійснюється відповідно до Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 80 від 31 січня 2007 р.;

– до суб'єктів, які надають послуги на другому рівні, направляються комбатанти за клопотанням, а також надавачі, які мають спеціальні потреби – у разі неможливості направлення таких отримувачів на третьому рівні.

При виборі спеціалізації суб'єкта на першому рівні слід враховувати, що до центрів соціальних служб доцільно направляти отримувачів, які вперше звертаються за психологічною підтримкою, або не мають оформленої картки психологічного супроводу, або мають соціальні проблеми, а також отримувачів протягом першого місяця після звільнення з військової або спеціальної служби.

Організація надання першої психологічної допомоги отримувачам, які перебувають на військовій або спеціальній службі здійснюється відповідним військовим персоналом (керівники підрозділів, заступники керівників по роботі з персоналом, військові психологи та ін.) та має передбачати:

1) надання першої психологічної допомоги особам із гострими реакціями на стрес безпосередньо на місці травмівної події або в первинному середовищі перебування;

2) проведення психологічної діагностики в безпечному місці (в базовому таборі) та визначення осіб, що потребують стабілізації психічного стану та подальшого постійного спостереження в групах посиленої психологічної уваги, який проводиться психологом батальйону або заступником командира батальйону по роботі з особовим складом;

3) за необхідності проведення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на зняття фізичного та психологічного напруження, який проводиться командирами підрозділів, заступниками по роботі з особовим складом, які пройшли відповідну підготовку, або психологами підрозділів;

4) організацію невідкладного первинного розвантаження осіб із групи посиленої психологічної уваги. Особи, що пройшли первинне розвантаження, за результатами медичного і психологічного обстеження повертаються до виконання службових обов'язків або отримують направлення для проходження медичної чи психологічної реабілітації;



5) організацію направлення отримувача на необхідний рівень у разі потреби відповідно до результатів психологічної діагностики, або організацію надання психологічних послуг необхідного рівня за місцем проходження служби [135].

Слід зазначити, що у процесі проведення реабілітації зарубіжні дослідники [175, с. 91–92] виокремлюють постконфліктний етап, що передбачає декілька фаз, обумовлених єдиними закономірностями і механізмами розвитку. Перша фаза – «збудженість» або «медовий місяць», триває протягом 2–3 місяців, це так званий ейфоричний стан у військовослужбовців від того, що вони залишилися в живих. У цій фазі солдати і офіцери, які брали участь у військових діях, як би не бачать життєвих проблем. Вони впевнені в собі, аж до самовпевненості і в соціальному відношенні мають внутрішню установку на активну життєву позицію, повагу і дотримання суспільних норм поведінки. Вони створюють собі образ «Я – герой», який не завжди відповідає установкам інших оточуючих, звідси виникає «бар'єр нерозуміння». В результаті, у військовослужбовців складається негативна думка про навколишнє середовище, у свою чергу, з боку середовища – негативне ставлення до військовослужбовців, оскільки оточуючі люди не сприймають їхню поведінку як захисно-адаптивну. Це спричиняє появу внутрішньоособистісних конфліктів, у комбатантів виникають комплекс провини, амбівалентні переживання, їм важко увійти в соціальне середовище. При цьому у них спрацьовує захисний механізм, що проявляється у вигляді рухового збудження і активності, агресії, апатії і безпорадності, психічній регресії, вживанні спиртних напоїв і наркотичних засобів [222]. У той же час дезорганізуючий вплив на потерпілих мають різні чутки, що спотворюють інформацію офіційних і неофіційних джерел. На завершальному етапі «медового місяця» починають проявлятися симптоми другої фази.

Друга фаза – період «розчарування», що триває від 8 до 10 місяців після повернення із зони конфлікту і характеризується переосмисленням

всього, що сталося – свого місця і своєї ролі в тій конфліктній ситуації, в якій брали участь військовослужбовці – постраждалі. У цій фазі комбатанти важко сприймають реальне мирне життя, оскільки вони стикаються з безліччю побутових, службових, соціальних та морально-етичних проблем. Образ «Я–герой» поступово зникає і на зміну йому приходять посттравматичний стресовий синдром або «хронічний військовий невроз» [175, с. 93]. Саме у цей період під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів у військовослужбовців знижується самооцінки, відбувається переорієнтація існуючих норм і цінностей, перевага надається особистим індивідуалістичним інтересам, соціальна активність укривається низькою. Нажаль, у більшості комбатантів погіршується психічний і фізичний стан здоров'я, зростає тривожність і фрустрація.

Серед позитивних соціальних факторів, що впливають на успішність комплексної реабілітації виділяють відсутність інвалідності; стабільне фінансове становище; розуміння близьких людей. За 7–8 місяців відбувається кардинальна переоцінка цінностей, військовослужбовці надають перевагу «здоров'ю» і «матеріальній забезпеченості», на останніх місцях опиняються «чесність», «вихованість», «дисциплінованість». У комбатантів з'являється бажання залишити службу у Збройних Силах.

Третя фаза постконфліктного періоду – «відновлення» – з'являється після 10–18 місяців після участі у військових діях. У цей період більшість військовослужбовців повертаються до службової діяльності. Нажаль, проблеми соціальної адаптації зберігаються, мають місце суб'єктивні оцінки військовослужбовцями свого статусу, ставлення до них суспільства. Все це підсилюється незадовільним станом здоров'я, психологічними та психічними відхиленнями. Цей період може розтягнутися на роки, а іноді і на все життя. Існує думка, що вторинна адаптація до мирних умов не закінчується у військовослужбовців ніколи [175, с. 95].

Таким чином, постконфліктна реабілітація військовослужбовців повинна зводитися до створення здорового реабілітаційного простору –

комфортного терапевтичного середовища, і комплексного надання реабілітаційно-корекційно-терапевтичних і медичних процедур. Поєднання таких процедур сприяє скороченню термінів лікування і реабілітації в цілому, їх швидкому одужанню і адаптації до умов мирного життя. Тобто при проектуванні реабілітаційного простору необхідно враховувати психологічні рівні дезадаптованості комбатантів і названі вище фази постконфліктного періоду. Представимо завдання реабілітації відповідно до виокремлених фаз. Так, головним завданням I фази реадaptaції військовослужбовців є відновлення реального образу світу, його раціональності, а також збереження власного контролю за ситуацією. Під час II фази реабілітації увага зосереджена на відновленні ціннісних норм і орієнтацій – доброти, справедливості, гуманізму, любові, переорієнтація з індивідуального на соціальне. Основним завданням III фази реабілітації є формування адекватного сприйняття і реагування на навколишню дійсність – людей, їхні вчинки, суспільство тощо.

Опираючись на дослідження науковців [175, с. 97–98], ми визначили вимоги, що пред'являються до методики постконфліктної реабілітації. По-перше, це простота і універсальність методики, що передбачає можливість використовувати її різними фахівцями мультидисциплінарної команди – соціальними працівниками, реабілітологами, психологами, психотерапевтами. По-друге, надійність і стислість, що дає змогу під час першого діагностувального обстеження розподілити комбатантів на групи і працювати як експрес-методика. По-третє, інформаційна наповненість – дає можливість прогнозувати найближчі результати, що можуть бути досягнуті при проведенні комплексної реабілітації, і на перспективу – віддалені. По-четверте, періодичність і регулярність, що свідчить про те, що комплекс реабілітаційних заходів необхідно проводити в певній послідовності, з інтервалом в 5-6 місяців, який збігається з основними етапами служби військовослужбовців. При цьому, регулярність є обов'язковою умовою ефективності реабілітаційних процедур. По-п'яте, наступність –

перед початком проведення комплексної реабілітації необхідно встановити зв'язок із минулим, тобто «пропрацювати» ситуації, в яких побував конкретний комбатант, і тієї психологічної фази, прояви якої спостерігаються при діагностиці.

Заходи постконфліктної реабілітації передбачають проведення індивідуальної і групової психотерапії, раціональної і сугестивної терапії, адаптивних тренінгів, методів релаксації І. Шульца і Г. Джекобсона [96], гіпнозу за методикою Л. Гримака [110] та інших способів активної і пасивної релаксації.

З методологічної точки зору проведення реабілітаційно-корекційно-терапевтичних заходів з комбатантами передбачає наявність декількох етапів: проведення діагностики і прогнозування, комплексної соціально-психологічної корекції, тривале спостереження і контроль. У розумінні О. Коржикова названі етапи можна представити як вступний; підготовчий; поточний; раціонально-усвідомлюваний, що формує нові навички поведінки і способу мислення; визначення життєвих цілей – інсайт; підтримувальний тренінг. Автор додає індивідуальне консультування, раціональну психокорекцію, навчання основам аутотренінгу і прийомам прогресивної соматичної релаксації [175, с. 102–103].

При проведенні психодіагностичного обстеження можна застосовувати психокоректувальні заходи, посилюючи тим самим позитивний вплив на військовослужбовця і його найближче оточення, тобто створити систему психологічного захисту. Під психологічним захистом прийнято розуміти спеціальну регулятивну систему стабілізації особистості, яка спрямована на усунення або зведення до мінімуму почуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням конфлікту. Функцією психологічного захисту є забезпечення свідомості від негативних, травмувальних переживань [266, с. 121]. Саме на цьому етапі необхідно сформувати у військовослужбовців установку на бажання самостійно вирішувати свої проблеми й адекватно сприймати дійсність. Цей процес проходитиме успішніше, якщо у комбатантів наявні

такі особистісні характеристики, як стресостійкість, яка, у свою чергу забезпечує толерантність до стресу; адекватний рівень самооцінки, що допомагатиме регулювати власну поведінку і визначати ступінь адекватності сприйняття умов діяльності і своїх можливостей; особистісна референтність, яка формує усвідомлення своєї значущості для оточуючих; групова ідентифікація – готовність контактувати і взаємодіяти з іншими людьми і дотримуватися норм і вимог суспільства.

Важливим аспектом при проведенні комплексної реабілітації є зниження психоемоційної напруги військовослужбовців з ПТСР і переоцінки ними пережитих подій. Для цього використовуються такі методи як пасивна релаксація з елементами сугестії. Після цього основну увагу необхідно зосередити на процесі відновлення адекватного сприйняття подій і визначення військовослужбовцями мети свого життя (елементи самоменеджменту). Це допоможе відновити функціонування механізмів поведінкової регуляції. Наступні заходи зосереджені на роботі з образом «Я–герой», поступово змінюючи його на образ «Я–такий як всі», що дасть змогу зменшити прояви агресії й конфліктної поведінки, забезпечить внутрішню гармонію.

Окрему складну групу військовослужбовців учасників бойових дій становлять комбатанти, які отримали серйозні фізичні травми, стали інвалідами або перебували у полоні. Тяжкість травми, поранення, полон негативно впливають на їхній загальний психічний стан, а в більшості випадках полон є навіть більш серйозним випробуванням для психіки, ніж участь у військових діях.

Окрім цього, при проведенні реабілітації варто враховувати взаємовідносини із провідним фахівцем мультидисциплінарної команди, це може бути соціальний працівник або психолог, або психотерапевт, від професіоналізму і симпатії якого залежатиме успіх. Для зменшення прояву агресії, тривожності, апатії, безпорадності дослідники [175] пропонують

доповнювати реабілітаційні заходи збільшенням фізичних навантажень, уникати монотонних завдань, скорочувати шиккування, збори, наради тощо.

При розробці індивідуальних програм реабілітації військовослужбовців важливо вчити і тренувати зменшенню проявів агресивних реакцій; зміщувати акцент на соціально значущі цілі; «виплескувати» агресію в спортивних заняттях, на сцені при проведенні психодрами; руйнувати агресію на малюнках, при проведенні активної арт-терапії. Для зменшення апатії у комбатантів можна необхідно провести ряд заходів.

Підтримуючи А. Маклакова [198], ми переконані, що динаміка комплексної реабілітації визначається такими аспектами:

- станом здоров'я в період, що передував військовим діям і можливій травматизації;
- особистісними особливостями комбатантів, йдеться про бажання швидше одужати і повернутися до професійних обов'язків або до мирного життя;
- соціальними умовами – підтримка з боку сім'ї, друзів, соціального оточення. Чим сильніше відчують підтримку постраждали, тим ефективніше реабілітаційні заходи.

Практика свідчить, що на практиці доволі важко змінити відношення людей до військовослужбовців, які постраждали внаслідок участі у військовому конфлікті, з позитивного на негативне або байдуже. Негативний вплив може бути різним, але в більшості випадків в силу об'єктивних причин він має психотравмувальний характер для військовослужбовців. Тому ми проведенні комплексної реабілітації необхідно зосереджувати увагу на збереженні у комбатантів адекватного сприйняття соціальної дійсності, формування установки на необхідність самостійно вирішувати свої проблеми.

#### **4.2. Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях**

Військові події на Сході України викликали потребу у необхідності створити систему соціальної адаптації та реабілітації військовослужбовців, яка б динамічно розвивалась, вмiла оперативнo й гнучкo реагувати на законодавчо-правові акти, перебудовуючи реабілітаційні установи для втілення в життя реабілітаційних заходів на державному та регіональному рівнях через розгалужену мережу органів державної влади, місцевого самоврядування, громадських організацій.

Підтримуючи думку А. Денисова [116], вважаємо, що комплексна система реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій повинна бути спрямована як на реабілітацію інвалідів, так і осіб, які не мають інвалідності, але об'єктивно її потребують, і включати в себе органи управління процесом соціальної реабілітації та реабілітаційні установи.

З метою розробки технології організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, спробуємо виокремити її складові, зосередивши свою увагу на аналізі категоріального апарату досліджуваного феномену. Так, у науково-довідковій літературі [226] технологія (у пер. з грец. *techne* – мистецтво, майстерність, уміння і *logia* – поняття, вчення) є сукупністю методів обробки, виготовлення, зміни стану, властивостей, форми об'єкту. Технологію розуміють як «сукупність методів, засобів і реалізації людьми конкретного складного процесу шляхом поділу його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які виконуються більш або менш однозначно і мають на меті досягнення високої ефективності певного виду діяльності» [211, с. 10]. Технологія завжди передбачає певну логіку, послідовність реабілітаційних форм, методів і прийомів, так званий технологічний ланцюг дій, виконання яких гарантує отримання запланованих результатів.

Ми підтримуємо думку О. Серповської [292] у тому, що реабілітаційний процес військовослужбовців учасників бойових дій є системою наукової і практичної діяльності, спрямованою на відновлення особистісного і соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Кінцевим результатом комплексу реабілітаційних заходів О. Серповська визначила «досягнення оптимального рівня соціально-психічної адаптованості військовослужбовців учасників бойових дій, а психотехнології, методи і прийоми повинні бути спрямовані на відновлення адаптивних функцій особистості» [292, с. 14].

Для забезпечення результативності процесу комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій необхідно розробити й адаптувати реабілітаційні технології, які допоможуть здійснити широкий спектр соціально-економічних та медико-соціальних заходів для розв'язання проблем військовослужбовців учасників бойових дій. Серед різноманіття реабілітаційних технологій, які можна використовувати у роботі з комбатантами, дослідники [116, с. 122] виділяють такі:

1) соціальні технології, спрямовані на вирішення загальнолюдських проблем, пов'язані з оцінкою не тільки внутрішніх, але і світових тенденцій розвитку, зв'язку суспільства з природою. Їх впровадження пов'язано з життям людей, їх життєдіяльністю, соціальною захищеністю;

2) інноваційні соціальні технології, зосереджені на створенні і матеріалізації нововведень у суспільстві, реалізації таких ініціатив, які викликають якісні зміни в різних сферах соціального життя, призводять до раціонального використання матеріальних та інших ресурсів у суспільстві;

3) регіональні – мають своїм предметом вивчення і реалізацію закономірностей територіальної організації соціального життя і його планомірних змін;

4) інформаційні – передбачають засоби, прийоми, оптимізацію інформаційного процесу, його відтворення;



5) інтелектуальні, спрямовані на розвиток і стимулювання розумової діяльності людей, розвиток їхніх творчих здібностей.

Розглядаючи технологію як процес, своєрідний алгоритм послідовних дій, представимо різні наукові підходи до розуміння технології реабілітації військовослужбовців. Так, Н. Алалікіна [4] обґрунтовує алгоритм реабілітації військовослужбовців у вигляді послідовності трьох етапів. Зокрема, перший етап полягає у з'ясуванні наслідків психотравмувальних факторів, а саме:

- виявлення стрес-факторів, що викликають у комбатантів негативні психологічні наслідки;

- дослідження індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців як до призову в Збройні Сили, так і під час військової служби;

- вивчення впливу соціально-психологічних умов повоєнної адаптації;

- вивчення актуальних психічних реакцій, які в минулому мали психотравмувальний вплив.

Для вивчення психологічних наслідків участі в бойових діях першорядним є аналіз досвіду військовослужбовця, що спричинив виникнення психічної травми. Для цього дослідниця пропонує використовувати розгорнуте клінічне інтерв'ю, розроблене Р. Скерфілдом (R. Skurfield) і А. Бланком (A. Blank) [388] (додаток Ж). При з'ясуванні наслідків психотравмувальних чинників обов'язково необхідно враховувати, по-перше, що чим більше ветеран був залучений до бойових дій, тим більше він схильний до насильницьких дій, зловживання алкоголю і наркотиків. По-друге, необхідно аналізувати індивідуально-психологічні особливості і життєві обставини до призову в армію; взаємодію особливостей передвоєнного життя ветерана і його бойового досвіду; вплив соціально-психологічних умов повоєнної адаптації.

Другий етап спрямований на визначення комплексу психотерапевтичних впливів на військовослужбовців з метою корекції психотравмувальних реакцій, мінімізацію відстрочених посттравматичних реакцій (психологічна реабілітація). На цьому етапі необхідно детально дослідити психічні реакції, які в минулому мали психотравмувальний характер.

Третій етап зосереджений на організації соціально-психологічної адаптації до нового середовища. При цьому слід враховувати той факт, що доволі часто та частина військовослужбовців, яка в більшій мірі потребує соціальної та психологічної підтримки, ізолюються від сім'ї і друзів. Аналізуючи це явище, Д. Вільсон (J. Wilson) приходить до висновку, що вони споруджують запобіжний «заслін» навколо себе, щоб зберегти контроль над ступенем інтимних переживань, пов'язаних зі значущими людьми. Він вважає, що це прагнення до психологічної дистанції і відстороненості викликано військовим досвідом, і вже в мирних умовах військовослужбовець продовжує контролювати глибину інтимних відносин, боячись знову відчувати душевний біль, пов'язаний із втратою близької людини. Це супроводжується конфліктами з близьким, виявляється в напруженості й дратівливості [395].

Оскільки у складі комплексної реабілітації доволі часто виокремлюють соціально-психологічний вид, Н. Алаликіна представляє етапи її здійснення:

- 1) встановлення характеру і ступеня вираженості нервово-психічного розладу і особливостей реагування на психічну травму;
- 2) виявлення психічних особливостей особистості і вироблення індивідуальних заходів реабілітаційного впливу;
- 3) оперативне зняття психоемоційної напруги, дратівливості, страху;
- 4) регуляція порушених функцій організму;
- 5) мобілізація особистості для подолання виниклих станів;
- 6) відновлення (корекція) соціального статусу військовослужбовця;
- 7) стимулювання соціальної активності особистості;
- 8) професійна реабілітація або переорієнтація;

- 9) орієнтування на продовження активної діяльності;
- 10) контроль динаміки психічних станів і корекція проведених реабілітаційних заходів [4, с. 93–94].

Психологічна реабілітація, на думку В. Попова [255] відбуватиметься ефективніше за умови послідовного дотримання таких етапів:

- 1) вступний;
- 2) підготовчий;
- 3) катарсичний;
- 4) усвідомлення екстремальної поведінки;
- 5) формування нових навичок поведінки;
- 6) визначення життєвих перспектив (інсайту);
- 7) підтримувальні заходи.

По-іншому визначає етапи психологічної реабілітації О. Жаданюк, – це діагностувальний, психотерапевтичний, реадаптаційний та супроводжувальний. Змістом діагностувального етапу є вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність. Здійснення психотерапевтичного етапу передбачає цілеспрямоване використання конкретних форм і методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців; реадаптаційний – психологічну підготовку військовослужбовців, які проходять реабілітацію, до майбутньої військової діяльності та міжособистісної взаємодії з іншими людьми. Рееадаптаційний етап здійснюється переважно при проведенні специфічної реабілітації. Етап супроводу містить спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та в разі необхідності – надання додаткової психологічної допомоги в процесі подальшої життєдіяльності [129, с. 135].

Нам імпонує думка А. Бурлак [83], який наголошує, що важливою рисою системи реабілітації є комплексне використання різних її видів у всіх фазах – «шпитальній», «одужання» і «підтримувальній». Ефективність усієї системи реабілітації визначається тим, наскільки успішно будуть розв'язані

завдання кожної з фаз реабілітації. При цьому, від того, які завдання ставляться перед кожною фазою, залежать тривалість фази та її організаційна структура.

Метою шпитальної (стаціонарної) фази реабілітації є відновлення фізичного і психологічного стану «хворого» настільки, щоб він був підготовлений до проведення наступної фази реабілітації у санаторії з переходом до відкритого соціального середовища. При цьому основна увага приділяється медичній, фізичній і психологічній видам реабілітації у комплексі, в залежності від реакції «хворого» на різні заходи. В цій фазі вирішують проблеми соціально-економічного і професійного аспектів.

У другій і третій фазах реабілітації всі її види реалізуються в повній мірі, але з урахуванням специфіки фази. Для поетапної системи реабілітації характерними є неперервність і наступність між фазами. Реабілітованих зі стаціонару спрямовують у відділення відновлювального лікування центру комплексної реабілітації, а потім у санаторій з переходом до відкритого соціального середовища [83].

По завершенню шпитальної фази реабілітації «хворий» переходить до виконання програми фази одужання, яка здійснюється у спеціалізованих реабілітаційних відділеннях санаторіїв, реабілітаційних центрах. Ця фаза реабілітації є по суті межею між періодом, коли людина опинилася в статусі «хворої» і поверненням її до сім'ї, активної діяльності, до тих життєвих труднощів, які могли стати однією з причин недуги [83]. Основна мета цієї фази реабілітації – підготувати «хворого» до активного життя : повернення до сім'ї, раціональної перебудови життєвого устрою, зміни деяких звичок, систематичного проведення профілактичних заходів, включаючи вторинну профілактику. Завдання фізичного, психологічного та інших аспектів реабілітації розв'язуються в цій фазі на новому порівняно з лікарняним етапом рівні.

Метою третьої, підтримувальної фази реабілітації, є підтримка досягнутого в санаторії рівня фізичної працездатності з її збільшенням,

завершення психологічної реабілітації «хворих» в умовах відновлення їх соціального життя і попередження прогресування хвороби шляхом здійснення заходів вторинної профілактики. Здійснювати цю фазу необхідно на протязі початкового етапу спостереження лікарем-реабілітологом з подальшими консультаціями і контролем психічного стану [83, с. 83–85].

Науковці [140] виділяють три основні етапи соціально-психологічної реабілітації:

1) діагностувальний – оцінка функціонального стану поранених, їх психологічних особливостей, визначення рівня фізіологічних резервів систем організму і напруги процесу психічної адаптації. Визначення ступеня і характеру психоемоційних порушень, відхилення і особливостей пізнавальних і психічних здібностей – пам'яті, уваги і мислення;

2) лікувально-відновлювальний – конкретизація індивідуального підходу, заснованого на наявності психоемоційних порушень пораненого, здійснення підбору психотерапевтичного впливу з періодичним контролем динаміки психічного статусу і корекції лікувальних заходів;

3) професійно-відновлювальний (соціальна адаптація) – відновлення втрачених навичок за допомогою спеціальних тренажерів – апаратурних і комп'ютерних методик, визначення ступеня відновлення професійної придатності та працездатності.

До медико-психологічної реабілітації входять такі основні етапи: початковий, психологічний (основний) та заключний. Початковий (2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту. Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування. Психологічний етап, основний (20–22 доби) – на цьому етапі цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою. На основному етапі проводиться психоедукація, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Заключний етап (2–3 доби) зосереджений на інтеграції досвіду, медико-психологічному

супроводі, підготовці до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія, а також завершення всіх інших лікувальних заходів [192].

Цікавою для нашого дослідження є поетапність зміни емоційних станів, представлена В. Могільовим [210]. Вона дає змогу педагогу-реабілітологу будувати реабілітаційний процес залежно від того, в якому стані на момент зустрічі знаходиться реабілітований комбатант і застосовувати підходи, адекватні його стану. Розглянемо їх детальніше. Так, на першому етапі людина розгублена, оскільки вона перебуває у стані психотравмального стресу. Особливо це посилюється при наявності інвалідності, що супроводжується болями і безпорадністю, втратою координації часу і простору, нездатністю зрозуміти, що сталося і які наслідки.

Другий етап характеризується тим, що людина може проявляти агресію до всього навколишнього і до себе, яка переходить у стан повної безнадії і апатії. Інколи у інваліда з'являється бажання розпрощатися з життям. Саме на цьому етапі інваліду військової служби необхідна психологічна допомога і зокрема, в питаннях переосмислення дійсності і визначенні життєвих цілей у нових умовах. На третьому етапі комбатант намагається не тільки усвідомити те, що трапилося, але і змінити своє становище в соціумі, прагне до пошуку нового. Четвертий етап передбачає пошук нового філософського базису свого існування (релігія, сектантство тощо) – це період примарних сподівань і поспішних висновків і рішень, що часто призводять до розчарування.

П'ятий етап виступає результатом внутрішніх протиріч і пошуків, що супроводжується депресією, усвідомленням марності попередніх спроб впоратися з проблемою. На цьому етапі людина припиняє підтримувати існуючі соціальні зв'язки. Можливо вживання алкоголю і наркотиків, доволі часто можуть проявлятися напади самотності. На цьому рубежі в процесі реабілітації зупиняються близько 2/3 інвалідів. На шостому етапі відбувається об'єктивне оцінювання своїх сил і можливостей. Інвалід може

розпочати займатися новою творчою діяльністю або шукати нову інформацію, в тому числі і через Інтернет. З'являються і розвиваються нові соціальні зв'язки. Цей етап дає змогу інваліду і ветерану військової служби вперше після відчутого психотравмувального стресу знову повернутися до зони «комфортного» існування.

Сьомий етап відрізняється тим, що відбувається яскраво виражений процес впевненого самоствердження особистості комбатанта. Оскільки першочергові цілі досягнуті, з'являється можливість і внутрішня необхідність у побудові довгострокової перспективи в процесі реабілітації. Восьмий етап передбачає реалізацію рівних зі здоровими людьми прав і можливостей, що проявляється в активній участі в роботі громадських організацій інвалідів і ветеранів військової служби, роботі над новими соціальними проектами. Військовослужбовці активно включаються у діяльність з передачі наявного досвіду у процесі здійснення соціально-педагогічної реабілітації інвалідам, які перебувають на перших найважчих етапах реабілітаційного процесу [210, с. 74–75].

У контексті нашого дослідження цікавим вважаємо виокремлення складових технології В. Гладкою [102]. Представлений варіант дає змогу описати технологію комплексної реабілітації комбатантів, зосередивши увагу на основних аспектах (табл. 4.2).

*Таблиця 4.2*

**Складові технології комплексної реабілітації військовослужбовців  
учасників бойових дій**

<b>1. Концептуальна основа технології</b>	
Проблемне поле розглянутої сфери діяльності	1) погіршення фізичного та психічного здоров'я комбатантів; 2) наявність деструктивних емоційних станів, стресів, ПТСР у військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях; 3) відсутність системи комплексної реабілітації комбатантів на державному й регіональному рівнях; 4) неузгодженість нормативно-правової бази реабілітації військовослужбовців; 5) невідповідність фахівців мультидисциплінарної команди до здійснення комплексної реабілітації комбатантам

Ціннісні орієнтири	Гуманізм, людяність, співчуття, повага, честь
Мета проєктованої діяльності з описом її кінцевого продукту	Мета – організація і здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Результат – позитивна динаміка реабілітованості комбатантів
Теоретичні положення, що становлять смислове ядро задуму і визначають у зв'язку з цим основний зміст майбутньої діяльності	1) врахування специфіки військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій, як особливої категорії зі специфічними соціально-психологічними проблемами; 2) обов'язкова співпраця різних соціальних установ, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію військовослужбовців; 3) врахування психосоціальних моделей реабілітації.
Принципи, що конкретизують всю діяльність	Комплексності; наступності; послідовності; безперервності; диференційованості
<b>2. Процесуальна характеристика (алгоритм діяльності), відмітні особливості розробленої технології</b>	
1) діагностувальний етап – проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців; 2) розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з визначенням реабілітаційних методів і технологій; 3) робочий етап – проведення реабілітаційних заходів, передбачених ІПР; 4) завершальний етап – організація післяреабілітаційного супроводу військовослужбовців	
<b>3. Ресурсне забезпечення</b>	
1) особистісні ресурси комбатантів; 2) ресурси сім'ї та близького оточення комбатантів; 3) ресурси реабілітаційних установ	



Подібної думки притримується І. Дичківська [117], підкреслюючи, що технологія має специфічні сутнісні ознаки, які виокремлюють її як самодостатній неповторний феномен. Враховуючи особливість проведення і специфіку реабілітаційних заходів з комбатантами, до таких специфічних сутнісних ознак ми віднесли:

1) концептуальність (передбачає опору технології на конкретну наукову концепцію або систему уявлень). В основу комплексної реабілітації комбатантів покладено моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації; психосоціальна модель розвитку стійкості й модель ненасильницького спілкування);

2) діагностичне визначення цілей і результативності (полягає в гарантованому досягненні цілей, ефективних результатів). Первинне діагностувальне обстеження комбатантів згідно зі спеціально розробленою методикою діагностики дає змогу відкоригувати індивідуальну програму реабілітації, що поєднує комплекс інноваційних методів, технологій і засобів реабілітації, і спрогнозувати результат;

3) економічність (виражає якість, яка забезпечує резерв часу, оптимізацію праці мультидисциплінарної команди фахівців і досягнення запланованих результатів у найстисліші строки). Строки проведення індивідуальної реабілітаційної програми реабілітації встановлюються командою фахівців, спираючись на результати діагностувального обстеження;

4) алгоритмізованість, проєктованість, цілісність, керованість (передбачає відтворення розробленої технології реабілітації комбатантів будь-яким фахівцем мультидисциплінарної команди у будь-якому реабілітаційному закладі);

5) коригованість (можливість постійного оперативного зворотного зв'язку, послідовно орієнтованого на чітко визначені цілі). В разі потреби можлива корекція індивідуальної реабілітаційної програми військовослужбовця із заміною одних методів на інші.

При розробці технології реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій необхідно враховувати декілька важливих аспектів. Насамперед, йдеться про особливості, що характеризують діяльність колишніх військових в армії, а саме: дбайливе ставлення до підлеглого в поєднанні з директивним стилем керівництва; строго регламентовану підпорядкованість по вертикалі при виконанні доручень; роботу в колективах, що постійно змінюються; напружений психологічний стан особового складу підрозділу, викликаний постійним відчуттям тривоги; високу відповідальність за прийняті рішення; спілкування з людьми різного віку, національності, освіти, соціального статусу, віросповідання тощо [310].

У своєму дослідженні ми повністю підтримуємо позицію, яку декларує В. Могільов [210]. Зокрема, автор підкреслює важливість використання педагогічного досвіду осіб з обмеженими можливостями в процесі реабілітації. Дослідник пояснює це тим, що, по-перше, реалізація педагогічного потенціалу пов'язана з відновленням можливості відчувати себе командиром. Звільнення військовослужбовця з армії у зв'язку з отриманням інвалідності різко перериває отриманий стереотип відносин, що на думку В. Попова [255], гальмує реабілітаційний процес. У цьому контексті реабілітологи [320] рекомендують залучати інвалідів військової служби і ветеранів бойових дій у всілякі контакти з молодшою за віком аудиторією, оскільки це дає змогу реалізовувати потребу в керівництві на різних етапах реабілітаційного процесу.

По-друге, особи з обмеженими можливостями в зв'язку з пораненням або перенесеним стресом можуть стати вихователями молодших, що допоможе сформувати відповідальність і виступить засобом реабілітації, оскільки більшість з них – це високоосвічені люди з доволі високим інтелектуальним розвитком. По-третє, дослідники переконані, що доцільно використовувати знання і уміння колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій у роботі різних контрольно-перевірочних комісій від громадських організацій або державних структур,

що аналізують педагогічний процес, пов'язаний із проходженням військової служби [320].

Окрім цього, як зазначає В. Могільов, необхідно враховувати особливості колективів, в яких сформувалася особистість військовослужбовця, і, незалежно від його штатної посади і звання, створювати звичні умови для творчої діяльності в соціально-педагогічному реабілітаційному процесі з урахуванням таких аспектів. По-перше, особи з обмеженими можливостями мають досвід взаємодії в підрозділах з людьми різних політичних поглядів і культурних орієнтацій, тому вони можуть бути представниками в різних організаціях, що мають ці особливості. По-друге, всім категоріям військовослужбовців під час служби в армії доводилося приймати оперативні рішення щодо вирішення соціальних проблем як всередині військового підрозділу, так і по відношенню до місцевого населення в зоні бойових дій, тому їх можна залучати до розв'язання проблемних ситуацій інших людей, що також виступає як реабілітаційний процес [210, с. 78].

Оскільки на успішне проходження реабілітації впливає і суспільство, реалізуючи цей процес, необхідно постійно підвищувати соціальний статус військовослужбовців учасників бойових дій, створювати умови для їхнього навчання, перекваліфікації, працевлаштування; сприяти розвитку їх ініціативи і творчості через залучення до створення громадських організацій з подальшою участю в конкурсах щодо отримання грантів для пошуку інвестицій в реабілітаційних процесах. Це сприятиме самоствердженню колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій в локальних конфліктах [210].

Слід зазначити, що при організації комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій необхідно враховувати такі фактори:

– ступінь активності підрозділу і конкретного військовослужбовця у бойових діях (чим більше та активніше діяли військовослужбовці у зоні

бойових дій, тим оперативніше, масштабніша і повноцінним має бути психологічна допомога. Ступінь активності визначається за характером і кількістю бойових дій, у яких брали участь військовослужбовці, за рівнем їх бойової напруги та значущості для вирішення більш масштабних бойових задач);

– кількість бойових втрат у військовій частині, а також характер і причини поранень, контузій, травм, опіків, доз опромінювання та інших форм фізичного діяння на здоров'я військовослужбовця. Під час надання психологічної допомоги кожному військовослужбовцю у відновлювальний період враховуються: а) ситуація, у якій було отримано пошкодження для здоров'я; б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів по службі (особливо близьких по службі та життєдіяльності); в) характер його ставлення до явищ, що визначені у пунктах «а» і «б»; г) нагороди та заохочення, що пов'язані тією чи іншою мірою з цим явищем; д) характер відбиття даних явищ у свідомості товаришів по службі тощо;

– час виходу підрозділу, військовослужбовця із зони бойових дій (чим раніше та оперативніше буде надана психологічна допомога учасникам бойових дій, тим меншою є ймовірність виникнення згодом психологічних проблем, обумовленим бойовим стресом);

– особливості соціально-психологічного клімату і міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими;

– особливості та умови діяльності військової частини, підрозділу, військовослужбовця після виходу з бойової обстановки (нормальна і добре продумана організація життєдіяльності військової частини, підрозділу, конкретного військовослужбовця буде сприяти психічному здоров'ю військовослужбовців і зменшувати необхідність психологічної допомоги та реабілітації);

– особистісні переживання конкретного військовослужбовця, що може бути пов'язано із фізичним знищенням солдат противника, гибеллю

товаришів по службі, веденням бойових дій в оточенні противника, знаходженням у полоні, здійсненням протиправних учинків, участь у них;

– урахування соціальних, етнічних, релігійних, сімейних та інших обставин, що мають суттєвий вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця [259].

Таким чином, організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях соціальні фахівці повинні володіти практичними технологіями. Констатуємо, що з технологічної позиції, технології реабілітаційної діяльності з комбатантами складаються із конкретних форм та засобів, які ми розглянемо у наступному параграфі.

#### **4.3. Зміст форм та засобів, покладених в основу реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, учасниками бойових дій**

Ефективність і вибір форм, методів і засобів при проведенні комплексної реабілітації залежить від багатьох чинників, а саме, соціально-психологічних характеристик комбатантів; результатів первинного діагностувального обстеження; визначення механізмів поведінки в момент бойових дій; виявлення характерних особливостей протікання ПТСР тощо.

Практика проведення реабілітаційних заходів засвідчила, що найбільш ефективними методами у роботі з військовослужбовцями була психологічна допомога консультативного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії – групова (робота з кількома особами з однаковою симптоматикою), індивідуальна (сеанси з одним клієнтом); тренінгові заняття.

Досліджуючи психотерапію, зарубіжні психологи [268] прийшли до висновку, що вона є процесом, спрямованим на виклик змін. Цей процес відбувається в рамках професійних відносин, що характеризуються наявністю договірних зобов'язань між сторонами, довірою та емпатією. При цьому в центрі уваги експліцитно або імпліцитно опиняються особистість клієнта й

техніка психотерапії – як результат – відбуваються стійкі зміни в різних сферах життя клієнта. Аналізуючи сутність психотерапії, Д. Браун представив її як «бесіду з тими, хто потрапив у біду, що надає можливість висказати свої проблеми і допомагає зрозуміти, в чому суть проблеми, знайти вихід» [38, с. 9].

У розумінні психологів [236], психотерапія використовує пам'ять і мислення для зцілення шляхом погашення психічного заряду, пов'язаного з певною емоцією. Погашення розглядають як відбирання психічної енергії. Якщо в стані спокою, безпеки і благополуччя людина згадує неприємності, то ці спогади можуть спричинити зцілення, тобто зменшення негативних емоцій, пов'язаних із проблемною ситуацією. Або людина не може заспокоїтися і емоції повторно переживаються, відтворюються і закріплюються. У першому випадку відбувається оздоровлення в результаті десенсибілізації – зниження чутливості до образів травмувальних об'єктів. У другому – посилюються негативні емоції і погіршується душевний стан людини.

Зупинимося на розгляді *групової психотерапії* у контексті проведення психологічної реабілітації комбатантів. Під груповою психотерапією розуміють:

– такий метод психотерапії, при якому одночасно надається допомога кільком клієнтам [269];

– лікування людей у групах (Я. Морено);

– метод, при якому з лікувальною метою використовується групова динаміка, тобто відносини і взаємодії членів групи як із психотерапевтом, так і між собою (С. Кратохвіл);

– лікувальний метод, який свідомо, планомірно й систематично застосовують у спеціально організованій лікувальній групі, де психотерапевт і учасники використовують вербальні і невербальні методи впливу на клієнта і групу і беруть активну участь у терапевтичній діяльності (С. Ледар) [334].

Вибір групової психотерапії був обумовлений чіткою постановкою цілей, значною економією часу і специфікою методу, що полягає в

цілеспрямованому використанні в лікувальних цілях групової динаміки – всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи. Окрім цього, групова динаміка є розвитком або рухом групи в часі. Цим групова психотерапія відрізняється від індивідуальної, при якій основними є взаємини між терапевтом і окремим клієнтом.

Важливим для нашого дослідження є висновки Дж. Пратта, який звернув увагу на те, що сама група, вплив її членів один на одного є досить потужним психотерапевтичним фактором, що позитивно впливає на перебіг основного захворювання. Він настільки увірував у цілющі властивості групи, що розробив методику групової терапії для людей, які не мають соматичних захворювань [334].

Групи формувалися по 10–12 чоловік з урахуванням загального психоемоційного стану і проблем військовослужбовців. Заняття проводилися 3–4 рази на тиждень. Кожен сеанс тривав приблизно 1–1,5 год. На початку роботи ми ознайомлювали військовослужбовців з принципами роботи, дотримання яких відповідало психотерапевтичним завданням. Поступово ці принципи перетворювались на психотерапевтичні норми, що допомагали захистити учасників від негативного групового досвіду, можливих травматичних переживань. До основних принципів ми віднесли такі:

1) щирість і відвертість. У групі треба бути щирим і не приховувати своїх справжніх почуттів. Якщо учасник відчуває симпатію або, навпаки, не сприймає іншого учасника групи, треба говорити про це, або навпаки, можна відмовитись;

2) відмова від використання «ярликів». Учасники групи повинні прагнути до розуміння, а не до оцінювання інших. Замість того щоб оцінювати особистість людини, краще говорити про конкретні дії, поведінку, не використовуючи при цьому «ярликів–образ» типу «скиглій», «істерик», «тиран»;

3) контроль за власною поведінкою – цей принцип виражається формулою: «Про все можна говорити, але не все можна робити». У процесі

проведення групових занять не можна безконтрольно проявляти свої негативні емоції – агресію, роздратування, злість;

4) принцип відповідальності – проявляється в тому, що кожен учасник групи бере на себе відповідальність за інших членів групи. Він бере на себе зобов'язання не пропускати заняття і не кидати групу;

5) правило «стоп». Кожен учасник має право без будь-яких пояснень зупинити будь-яку розмову, що стосується особисто його. Решта групи зобов'язані коректно з повагою поставитися до його прохання. Це право дає учасникам впевненість і відчуття захищеності проти тиску групи;

6) конфіденційність – є обов'язковою вимогою невинесення за межі групи інформації інтимного характеру, тобто члени групи повинні мовчати про все, що відбувається в групі, і вони не повинні обговорювати за межами групи те, що відбувається всередині;

7) толерантність. Всі без винятку учасники групи повинні з терпимістю ставитися до всіх відвертих суджень інших учасників, навіть якщо вони не відповідають їхнім власним переконанням і моральним принципам.

Опираючись на роботи психологів [5], цілями групової психотерапії ми визначили:

1) дослідження проблем кожного члена групи і надання йому допомоги в її вирішенні;

2) зміну неадаптованих стереотипів поведінки і досягнення адекватної соціальної адаптації;

3) отримання знань про закономірності міжособистісних і групових процесів для гармонійного спілкування з людьми (підвищення соціальної компетентності);

4) сприяння процесу особистісного зростання, реалізації людського потенціалу, досягнення оптимальної працездатності і відчуття щастя;

5) усунення хворобливих симптомів.

При проведенні групової психотерапії з комбатантами важливою була особлива атмосфера [277], що сприяла вільному вираженню різних емоцій;



виникненню відчуття приналежності до групи; саморозкриттю у безпечній обстановці; апробуванню нових форм поведінки; вибудовуванню взаємовідносин з різними людьми, які виконували різноманітні ролі.

В умовах обмеженості часу надання психологічної допомоги є потреба застосування психотерапевтичних методик, які допоможуть визначити рівень травматизації особистості, її адаптивні можливості, стабілізувати психоемоційний стан та сприяти усвідомленню власних ресурсів для вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів і підтримання психологічної рівноваги. З цією метою при проведенні групової психотерапії з комбатантами ми поводили емоційно-вольову саморегуляцію, використовували арт-терапевтичні техніки і засоби («Мандала», малювання із закритими очима, метафоричні асоціативні карти, малювання на піску тощо).

Варто враховувати факт, що для військовослужбовців учасників бойових дій важлива робота з відновлення психологічних меж, яка на думку зарубіжних дослідників [164], передбачала такі аспекти:

- усвідомлення себе: свого тіла, почуттів, внутрішніх настанов, дій, думок, здібностей, рішень, бажань, обмежень;
- активність: люди без особистих меж не часто стають ініціаторами подій зовнішнього світу, а, як правило, тільки реагують на них, пасивно приймають чужі рішення;
- установлення обмежень – у першу чергу, на агресивну поведінку інших, що може містити надлишкова турбота, що призводить до зняття людиною відповідальності з самої себе, а також на емоційні образи, засудження і звинувачення. Людині важливо усвідомлювати свої обмеження у часі, грошах, енергії;
- визначення своїх цінностей, цілей і прийняття відповідальності за свій вибір цих цінностей та цілей;
- розвиток самоконтролю як обмеження на бажання через формування балансу між задоволенням своїх бажань та управлінням ними;
- усвідомлення своєї «окремості» від інших, що пов'язано з

відчуттям «Я», власної ідентичності, здатності бути одному, знайти собі заняття, хобі, окремі від інших інтереси та уподобання;

– прийняття інших такими, якими вони є насправді, що пов'язано з відмовою від контролю поведінки, почуттів та свободи інших;

– чесність у ставленні до інших.

Робота з психологічними межами в арт-терапії будувалася на цілісному досвіді комбатанта, враховуючи його тілесні та емоційні зміни, когнітивний рівень, символічний, поведінковий, експресію, уяву [94].

Вагомим і ефективним методом при роботі з комбатантами ми визначили консультування. Сутність психологічного консультування полягає в наданні психологом-консультантом на основі спеціальних професійно-наукових знань безпосередньої психологічної допомоги через створення умов, за яких клієнт відкриває (усвідомлює) нові можливості у розв'язанні своїх психологічних проблем [3; 121]. У контексті здійснення психологічної і соціальної реабілітації, консультування носило короткочасний і епізодичний характер особистих контактів психолога / соціального працівника і комбатанта.

При проведенні соціального / психологічного консультування ми надавали поради військовослужбовцям, однак їхня практична реалізація залежала від самих комбатантів, оскільки вони мали самостійно прийняти рішення. Метою консультування ми визначили допомогу комбатантам у дослідженні власної особистості, у розумінні своїх стосунків з оточуючим світом, оцінці проблем та пошуку альтернативних варіантів їх розв'язання. Мета реалізовувалась через вирішення таких завдань (за Р. Немовим) [223]:

1) конкретизація (з'ясування) проблеми комбатанта. При цьому необхідно було уважно вислухати клієнта, спостерігаючи за його поведінкою (вербальною, невербальною);

2) інформування комбатанта про сутність проблеми, про реальний ступінь її серйозності. При цьому необхідно не лише аргументовано пояснити клієнту, в чому полягає його проблема, але й трактувати, чому вона

виникла і як її можна практично вирішити;

3) вивчення консультантом особистості військовослужбовця, що дасть змогу з'ясувати, наскільки повно і глибоко розуміє клієнт свої проблеми та наскільки він готовий до їх розв'язання;

4) формулювання порад і рекомендацій комбатанту з приводу того, як найкраще вирішити його проблему. При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості військовослужбовця та специфіку розуміння проблеми консультантом. Поради та рекомендації повинні бути простими, короткими та зрозумілими клієнту;

5) надання допомоги комбатанту у вигляді додаткових практичних порад, які пропонуються тоді, коли він вже розпочав вирішувати проблему;

6) навчання комбатанта тому, як найкраще уникнути в майбутньому подібних проблем. При цьому консультант наголошує, щоб клієнт самостійно міг попереджувати повторне виникнення подібної проблеми.

При проведенні індивідуального консультування комбатантів ми дотримувалися принципів, обґрунтованих Т. Дуткевич, О. Савицькою [121], а саме:

– принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до військовослужбовця, що передбачає вияв емоційної теплоти й поваги, вміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи й не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя і поведінку;

– конфіденційність означає, що консультант зберігає у таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин;

– принцип добровільності означає, що комбатант сам звернувся до консультанта, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до сприйняття допомоги;

– принцип професійної мотивованості консультанта означає, що він захищає інтереси комбатанта, уникаючи упередженого ставлення;

– відмова консультанта від порад пов'язана з тим, що комбатанта необхідно мотивувати до активності в аналізі проблем, пошуку виходу з

кризи, посилюючи відповідальність клієнта за те, що з ним відбувається.

У процесі проведення консультування ми давали рекомендації комбатантам (додаток 3), які необхідно знати і використовувати відразу ж після дії стресових факторів і рекомендації для профілактики синдрому професійного вигорання.

Ще однією формою групової роботи з комбатантами є тренінг. Варто відрізнити груповий тренінг та роботу з групою від власне групової психотерапії. Вчені [89; 270] пояснюють це тим, що груповий тренінг сконцентрований на подоланні певних порушень поведінки і вимагає високої структурованості (цілеспрямовані вправи, жорсткий терапевтичний план), при груповій психотерапії йдеться про набуття емоційного досвіду і досягнення інтрапсихічних змін; при цьому ступінь структурування доволі малий [269].

У практичному аспекті для проведення реабілітації з військовослужбовцями, які приймали участь у бовоих діях нами була розроблена комплексна тренінгова програма під назвою «Антистрес». Цільовою аудиторією програми були комбатанти (табл. 4.3).

Головна мета авторської тренінгової програми передбачала практичну організацію такої реабілітаційної діяльності, яка буде спрямована на формування у комбатантів практичних умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, ПТСР.

Досягнення мети передбачало розв'язання конкретних завдань програми:

- 1) інформування про симптоми та фактори стресу, ПТСР;
- 2) оволодіння прийомами зняття симптомів стресу;
- 3) встановлення міцних, заснованих на взаємному інтересі та довірі стосунків у групі;
- 4) вироблення навичок саморегуляції та саморефлексії.

Таблиця 4.3

**Програма тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців учасників бойових дій**

<b>№</b>	<b>Тема</b>	<b>Мета заняття</b>	<b>Зміст</b>	<b>Обладнання</b>
1.	Самопізнання та самопрезентація	Презентувати себе, розкрити свої здібності, характеристик и, таланти, можливості	Вправа «Знайомство»; вступне тестування учасників тренінгу за модифікованою методикою на визначення рівня стресу Л. Рідера (додаток І); вправа «Без маски»; вправа «Улюблена тварина»; вправа незакінчене речення «Я люблю ...»; вправа «Суд над самим собою»; вправа «Досвід моїх помилок»; вільне малювання; рефлексія, обговорення заняття та ритуал прощання	Музика для релаксації; кольорові олівці, акварельні фарби, папір
2.	Стрес, ПТСР	Ознайомити з поняттям «стрес», ПТСР, їх видами, причинами, стадіями, способами корекції та профілактики	Ознайомлення з поняттями «стрес», «ПТСР». Тестування учасників за допомогою тесту на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко (додаток К); гра «Ім'я – якість»; вправа «Половинка»; дихальні вправи; техніка розслаблення обличчя «Маска релаксації»; вправа «Хор зоопарку»; вправа «Дощ»; гра на згуртування «Піраміда»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія, обговорення заняття та ритуал прощання	Музика для релаксації; кольоровий папір, картон, клей, ножиці

Продовження табл. 4.3

3.	Комунікативна компетентність	Познайомити з правилами ефективного спілкування	Ознайомлення зі структурою спілкування; комунікативними характеристиками людини. Вправа «Автомийка»; гра «Желе»; дихальні вправи; візуалізація «Маяк»; гра «Ніж і масло»; вправа «Хвиля»; самомасаж «Перекоти м'яч»; проєктивне малювання «Людина під дощем»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; м'яч масажний, малюнки маяка
4.	Конструктивна поведінка в конфліктах	Ознайомити з різними шляхами розв'язання конфліктів; моделями поведінки у конфліктних ситуаціях	Ознайомлення з поняттям «конфлікт», структурою, видами конфліктів; поведінкою в конфліктній ситуації. Гра «Казка про вправного військового»; візуалізація «Море»; вправи на релаксацію; вправа «Зміна місць»; вправа «Коло»; вправа «Асоціації»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; «Шум моря або океану»
5.	Саморегуляція, саморефлексія	Створити умови для оволодіння способами психічної саморегуляції, саморефлексії для відновлення внутрішніх ресурсів організму	Ознайомлення з поняттями «саморегуляція», «саморефлексія»; методами і прийомами зняття стресу. Вправа «Кроки Чарлі Чапліна»; візуалізація «Притулок»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Голосова розрядка»; дихальні вправи; вправа «Лист товаришу»; аутогенне тренування; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; папір; ручки.

Продовження табл. 4.3

6.	Аутогенне тренування	Ознайомити з прийомами аутогенного тренування	Ознайомлення з поняттям «аутогенне тренування»; методами і прийомами аутогенного тренування. Вправа «Ім'я і епітет»; гра «Кубок», «Проміжна рефлексія»; візуалізація дихальні вправи; вправа «Мій порядок»; «Порядковий рахунок»; малювання рефлексія; обговорення заняття; ритуал	Музика для релаксації; м'яч; фарби, папір
7.	Цілепокладання і управління часом	Створити умови для усвідомлення своїх проблем і способів їх подолання; ознайомити з правилами розподілу часу	Ознайомлення з поняттями «цілепокладання», «управління часом». Вправа «Чемодан»; гра «Час»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Почуття і емоції»; самомасаж; вправа «Довіра»; саморегуляція «Як я борюся зі стресом»; незакінчене речення «Я хочу...; я можу...; я буду...; я роблю...»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Картки із зображенням емоцій; музика для релаксації; кольоровий папір; ручки
8.	Алгоритм впевненості, наші цілі	Ознайомити з алгоритмом впевненості, на основі власних бажань; формулювання особистих і професійних цілей	Ознайомлення з алгоритмом впевненості. Розробка власного алгоритму впевненості у собі. Вправа «Загальна увага»; вправа «Страхи і бажання»; казка про впевнену людину; вправа «Людина-стресор»; вправа «Досвід впевненості»; вправа «Невпевнені, впевнені та агресивні відповіді»; релаксація під музику; вправа «Мої цілі»; обговорення заняття; ритуал прощання; підсумки тренінгу	Музика для релаксації; ручки; папір

У практиці роботи ми поєднували кілька видів психофізіологічного розвантаження: музикотерапію, релаксацію; тілесно-орієнтовану терапію; аутогенне тренування, арт-терапію, казкотерапію тощо.

Кожне заняття мало таку структуру:

- 1) привітання;
- 2) розминка, налаштування на роботу (вправи на зняття напруги, скутості);
- 3) дихальні вправи;
- 4) релаксація, візуалізація;
- 5) мобілізаційні вправи;
- 6) обговорення, ритуал прощання.

Тривалість авторської тренінгової програми складає 16 годин (8 занять). Заняття проводилися 1 раз на тиждень, тривалістю 2 години протягом лютого–березня 2017 року. Програма проводилася на базі Рекреаційного центру «Берег надії», міського Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та Хмельницького міського центру зайнятості з групами наповнюваністю по 12 чоловік – військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. Результати діагностики, опитування комбатантів, які брали участь у розробленій програмі, підтвердили її ефективність.

Отже, процес комплексної реабілітації передбачав напрями з «соціально-психолого-педагогічним навантаженням». По-перше, завдяки проведенню тренінгів військовослужбовці учасники бойових дій активно включалися до комунікативної діяльності, тим самим розвиваючи комунікативні вміння і навички. Для цього були створені умови для організації «позитивного» спілкування військовослужбовців з мультидисциплінарною командою, до якої входили соціальний педагог, реабілітолог, психолог, психотерапевт і з іншими особами, які проходять реабілітацію. По-друге, позитивним при здійсненні реабілітації виступало включення в різні види творчої, художньої та виробничої діяльності (арт-терапія, музикотерапія, казкотерапія тощо).

#### **4.4. Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях**



Практичні напрями медичної психології (пато психологія, клінічна психологія, психогігієна і психопрофілактика, психологічна корекція та психологічна реабілітація тощо) в повній мірі можуть бути реалізовані при вирішенні медико-психологічних завдань у Збройних Силах. Однак армійські колективи – це вельми специфічні утворення. Їх специфічність полягає не тільки в строгій ієрархії, а й у призначенні, в обмеженні часу існування в незмінному складі тощо. Тому багато практичних напрямів медичної психології по відношенню до Збройних Сил набувають деякої специфічності, утворюючи при цьому окремий напрям військової психологічної науки – психологічну діяльність щодо збереження професійного здоров'я військовослужбовців, що передбачає медичні, соціальні та психологічні аспекти [198].

Основні завдання та зміст психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців і збереження їх професійного здоров'я А. Маклаков сформулював таким чином: на етапі професійного відбору та раціонального розподілу військовослужбовців оцінити рівень адаптаційного потенціалу особистості, співвіднести отримані результати з вимогами військової професії і визначити ймовірність ускладнення процесу адаптації в період професійної діяльності; на етапі психологічного супроводу професійної діяльності забезпечити не тільки підтримку на відповідному рівні адаптаційних можливостей особистості, а й домогтися їх подальшого розвитку; в період реабілітації військовослужбовців, які перенесли психотравмувальні ситуації, основним завданням є відновлення адаптаційних можливостей постраждалих і повернення їх до звичної професійної діяльності [198].

Для ефективного здійснення реабілітаційного процесу першочерговим є психотерапевтичний вплив – психотерапія, яку розглядають у медичному і психологічному контексті. Згідно медичного підходу психотерапія апелює до таких понять, як «хвороба», «хворий», «лікувальні дії», «здоров'я» і розуміється як: «специфічна ефективна форма дії на психіку людини з метою забезпечення і збереження її здоров'я»; «система лікувальних дій на психіку і

через психіку – на організм людини»; «процес лікувальної дії на психіку хворого або групи хворих, що об'єднує лікування і виховання» [159, с. 5].

Для характеристики інноваційних методів реабілітації комбатантів необхідно розглянути ефективні підходи психотерапевтичного втручання, які б сприяли посттравматичному зростанню особистості як результату подолання травми. При цьому, як зазначають західні науковці [370; 371], метою психотерапевтичного втручання має бути саме зростання, а не зменшення страждань.

Посттравматичне зростання (ПТЗ) – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною внаслідок зіткнення зі складними життєвими кризами, серйозними психотравмівними ситуаціями і подіями [392]. На сьогодні існує три найпоширеніші теоретичні моделі ПТЗ – це функціонально-deskриптивна модель R. G. Tedeschi та L. G. Calhoun; особистісно-центрована модель S. Joseph; біопсихосоціальна модель M. Christopher; психолого-філософська модель R. Papadopoulos. Розглянемо їх детальніше.

*Функціонально-deskриптивна (описова) модель* представляє процес ПТЗ не просто як повернення до попереднього рівня функціонування після травми, а як зміни і якісну трансформацію особистості, процес глибокого самовдосконалення. Автори моделі розглядають зростання з точки зору наслідків когнітивної переоцінки початкових дотравматичних переконань і реконструкції власних уявлень про світ [359; 392]. Спочатку активується процес автоматичного пригадування травматичної події, у свідомість мимовільно втручаються нав'язливі думки та спогади, що супроводжуються помітними симптомами емоційного дистресу. Потім відбувається довільне рефлексивне переосмислення травматичного досвіду. Обробка інформації в такий спосіб надає можливість особистості зосередитися на усвідомленні набутого досвіду, з'ясуванні змісту подальшого життя, нового життєвого нарративу. Названа модель описує особистісні трансформації у таких вимірах: зміни у самосприйнятті – нові можливості, персональна стійкість;

міжособистісні стосунки; зміни у філософії життя – духовні зміни та життєві цінності [184].

*Особистісно-центрована модель S. Joseph*, в основі якої покладено погляди К. Роджерса, ґрунтується на ідеї когнітивної акомодатії травматичного досвіду та перебудови Я-концепції. Згідно з цією моделлю, когнітивна обробка нової інформації внаслідок травмування може здійснюватися або шляхом асиміляції в рамках існуючої моделі світу, або вже існуючі моделі можуть акомодувати нову інформацію. З метою досягнення вищого, ніж до травми, особистісного рівня, людина має піти шляхом так званої позитивної акомодатії, що є процесом трансформації Я-концепції та оновлення світогляду, що сприяє зростанню [370; 371].

*Біопсихосоціально-еволюційна модель травматичної стресової реакції M. Christopher*. Згідно з цією моделлю, реакція на травмування – це еволюційно успадкований механізм метаучіння, що руйнує та реконструює метасхеми (концепції особистості, суспільства та природи). Загалом цей процес має одночасно біологічний, психологічний та соціальний характер. Біологічна природна реакція на травму може проявлятися як у вигляді ПТСР, так і у вигляді ПТЗ. Важливим фактором, який визначає результат посттравматичного розвитку є, на думку M. Christopher, якість взаємодії з середовищем. При цьому, адаптивними реакціями на екстремальну загрозу є надмірна уважність, когнітивна ресимуляція (відтворення подій у свідомості), емоційна дисоціація тощо, які можуть стати патологічними, або які, з іншого боку, можуть бути підґрунтям ПТЗ (пильність та уважність допомагає убезпечити себе від подальших травмувань у майбутньому; ресимуляція сприяє виробленню нових, більш ефективних реакцій на схожу загрозу; дисоціація допомагає відокремити емоційний досвід від когнітивних схем/сценаріїв, унаочнити відсутність співвідношення між ними і уникати в майбутньому подібних помилок, по-новому опрацьовувати інформацію). Ця модель супроводжується низкою теоретичних висновків. По-перше, стрес – це первинна дораціональна форма біопсихологічного зворотного зв'язку, що

пов'язана зі стосунками індивіда з середовищем; по-друге, нормальним виходом із травми є радше посттравматичне зростання, ніж патологія; по-третє, саме раціональність є найновішим і найбільш витонченим людським механізмом подолання стресу [184].

*Психолого-філософська модель R. Papadopoulos*, згідно з якою, кінцевою метою психологічної допомоги травмованим людям має бути перехід від переосмислення травми, до нового погляду на подальше життя, до формування його нових цілей, цінностей і сенсу, пошуку відповідних ресурсів. З психологічної точки зору реакції на стресові і травматичні події можуть варіюватися залежно від низки змінних, на які варто звертати увагу при роботі з постраждалими, а саме:

- особистість: історія життя (анамнез), психологічні особливості, копінг-стратегії, захисні механізми, ригідність/ лабільність, сильні/ слабкі сторони, соціальний статус, освіта тощо;

- «соціальний капітал» (стосунки, наявність підтримки та можливість її приймати): сім'я (нуклеарна, розширена), спільноти (організаційні, місцеві, етнічні, міжнародні тощо);

- гендер;

- фактичні обставини травматичних подій: очікуваність/ неочікуваність подій, ізоляція, тривалість травматичної події, тривалість афектації;

- сенс/ зміст, що мають травматичні події: політичний, релігійний, ідеологічний тощо;

- досвід схожих подій;

- існування надії – відсутність надії [383].

Кожна з виділених змінних може зумовлювати реакцію на травматичну подію, процес її усвідомлення, а також показувати ресурсний потенціал для особистості і слугувати прогностичним фактором щодо подальшого відновлення та зростання [184].

Отже, представлені теоретичні моделі посттравматичного зростання зосереджують увагу на трансформації ціннісно-смилової сфери особистості. При цьому допомога в переосмисленні травми, постановка нових цілей, визначення й усвідомлення сенсу життя, є одним із важливих завдань комплексної реабілітації комбатантів.

Психотерапевтичну допомогу, на думку М. Крамника, необхідно надавати комбатантам з прикордонними нервово-психічними розладами, неадекватними реакціями, а також особам, які страждають психосоматичними захворюваннями [179].

Безпосередньо в зоні бойових дій при виникненні ознак порушень адаптації [242], рекомендовано використання найбільш простих і доступних методів психокорекції. Термінова психотерапія повинна проводитися в найближчий термін після отримання психічної травми (як правило, в безпосередній близькості до району бойових дій) з метою відновлення внутрішньої психічної рівноваги пацієнта і недопущення дезадаптивної реорганізації особистості [281]. На шпитальному етапі проводиться цілий комплекс психотерапевтичних методик. Їх вибір і застосування, в першу чергу, визначається спрямованістю їх використання та ефективністю в умовах сьогодення, можливостями шпиталю, а також особистісними особливостями комбатантів. Виходячи з основних цілей психотерапії, її проведення дає змогу домогтися досягнення хворим усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між його системою відносин і хворобою, а також корекції реакцій і форм поведінки [179].

На думку багатьох фахівців [159] на першому етапі надання психотерапевтичної допомоги найбільш доцільним є застосування методів психічної саморегуляції, аутогенного тренування, самонавіювання, м'язової релаксації. На другому етапі – поведінкової психотерапії, яка є найбільш ефективною при корекції ЦТСР, особистісно-орієнтована психотерапія, основною формою якої є раціональна (індивідуальна і групова). Основними завданнями раціональної психотерапії є вироблення у хворого розумного,

адекватного ставлення до свого захворювання, стрижнем якого є правильне, доступне розумінню характеру, причин виникнення та прогнозу захворювання. Це в значній мірі сприяє формуванню у хворого адекватного ставлення до своєї хвороби. Даний метод містить роз'яснення, навіювання, емоційний вплив, вивчення і корекцію окремих особистісних особливостей комбатанта. Він спрямований на формування стійкої позитивної установки на успішність майбутнього лікування, корекцію виникаючих у зв'язку з цим переживань, підвищення мотивації до подальшої реабілітації, трудової діяльності і соціальної активності [284]. На наступних етапах психотерапевтичного впливу необхідно застосовувати групові форми раціональної психотерапії, основною метою яких є: вироблення адекватних поведінкових стереотипів, корекція установок, відносин і оптимізація спілкування, перебудова системи відносин і вироблення адекватних форм психічної компенсації [114].

Корекційні заходи в основному повинні бути спрямовані на корекцію системи ціннісних орієнтацій, потреб, приведення рівня домагань у відповідність зі своїми реальними можливостями, корекцію поведінкових реакцій, досягнення об'єктивної самооцінки, розвиток здатності до запобігання і вирішення соціальних конфліктів тощо. На наступних етапах корекції ефективно використання соціально-психологічного тренінгу [179].

По-іншому визначають етапи професійної допомоги при роботі з ПТСР зарубіжні дослідники [271]. На першому етапі проводиться психологічна діагностика. Вона може проходити за допомогою тестів, або у формі бесіди, у ході якої психолог намагається зрозуміти проблемну ситуацію і переживання людини, яка звернулася за допомогою. Другий етап передбачає укладення психотерапевтичного договору (контракту), який захищає обидві сторони і визначає умови і порядок їх спільної роботи. Третій етап – «робочий» – початок роботи над проблемою, на якому психолог разом із клієнтом створює, розширює і зміцнює психологічні ресурси, які допоможуть зменшити прояви ПТСР. На четвертому етапі відбувається опрацювання травматичного досвіду,

тобто його прийняття. Ця стадія починається тоді, коли людина готова зустрітися зі спогадами, переживаннями тієї події, що викликала психологічну проблему. П'ятий етап – це своєрідна «екологічна перевірка», у процесі якої людина пробує жити з новим досвідом, який вона отримала у процесі психокорекції та психотерапії. Ця стадія необхідна для того, щоб травматичні переживання не повернулися знову.

Психологічний підхід при розгляді психотерапії зосереджений на поняттях «міжособова взаємодія», «психологічні засоби», «психологічні проблеми». Найбільш поширеними визначеннями є такі:

– «тривала міжособистісна взаємодія між двома або більше людьми, одна з яких спеціалізується на корекції людських взаємин» [159, с. 6];

– «особливий вид міжособистісної взаємодії, при якій пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем і ускладнень психологічного характеру» [159, с. 5];

– «персоналізована техніка, яка є чимось середнім між технікою планованих змін стосунків, почуттів і поведінки людини, і пізнавальним процесом, який, на відміну від будь-якого іншого, ставить людину віч-на-віч з її внутрішніми конфліктами» [159, с. 6];

– «засіб, що використовує вербальні методики і міжособистісні взаємовідносини для допомоги людині в модифікації стосунків і поведінки, які інтелектуально, соціально або емоційно є негативними» [159, с. 6].

Розрізняють: загальну (непряму) і спеціальну (пряму) види психотерапії. Спеціальна (пряма) психотерапія – це сукупність спеціальних прийомів словесного впливу на психіку військовослужбовця, який отримав психічну травму. Розрізняють такі види прямої психотерапії:

– седативна, спрямована на заспокоєння людини, ослаблення її хворобливих відчуттів або пом'якшення її емоційного реагування на свій стан;

– коригувальна, спрямована на вироблення правильного ставлення до події і послаблення патогенної значущості причини її стану;

– стимулювальна, що має на меті мобілізацію компенсаторних механізмів і підвищення соціальної активності особистості військовослужбовця;

– психотерапія, спрямована на усунення патологічного стереотипу, що обумовлює стійку фіксацію симптомів хвороби [4].

Загальна (непряма) психотерапія передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення обстановки, що сприятливо впливає на людину, яка отримала психічну травму. До них відносять раціональну організацію діяльності, а в разі потреби і зміну роду занять; створення здорового соціально-психологічного клімату; відволікання від неприємних психотравмувальних переживань; застосування активуючого режиму реабілітації тощо.

Підтримуємо С. Єніколопова, який розрізняє чотири стратегії терапії, що дають змогу досягти мети, спрямованої на звільнення від спогадів про минуле і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, – це:

1) підтримка адаптивних навичок «Я» (позитивне ставлення до терапії);

2) формування позитивного ставлення до симптомів (навчання клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);

3) зниження уникнення (прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити негативний досвід);

4) зміна атрибуції сенсу (формування у клієнта відчуття «контролю над травмою») [123].

Для організації і здійснення психологічної складової комплексної реабілітації психологи [209] пропонують використовувати арсенал різноманітних психотерапевтичних методів, а саме, раціональну психотерапію, сугестивну психотерапію, наркопсихотерапію, трудотерапію,



естетотерапію тощо, які у кожному індивідуальному випадку вирішують свої психотерапевтичні завдання (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

**Основні психотерапевтичні методи у контексті вирішення індивідуальних завдань військовослужбовців учасників бойових дій**

<b>Психотерапевтичні методи</b>	<b>Спрямованість та роль</b>
Раціональна психотерапія	Допомагає зрозуміти причини проблеми та визначити механізми її вирішення
Сугестивна психотерапія	Зменшує прояви деструктивних емоційних станів – напруги, агресії, страхів, тривоги
Когнітивна психотерапія	Допомагає переосмислити свою життєву позицію і змінити негативні установки на позитивні
Особистісно-орієнтована терапія	Змінює ставлення комбатанта до психотравматичної ситуації і допомагає усвідомити необхідність нести відповідальність за свою поведінку і вчинки
Позитивна терапія (гештальт-терапія)	Дає змогу активізувати приховані резерви і можливості військовослужбовця у розв'язанні різних труднощів і проблем

При виборі психотерапевтичних методів ключовим моментом є визначення цілей психотерапевтичної роботи з комбатантами, які ми сформулювали таким чином:

1) взаємодія з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що допомагає зменшити сором, невпевненість, відчуженість і пережити відчуття приналежності до групи;

2) повторне емоційне переживання стресової ситуації в безпечному місці разом із терапевтом і іншими членами групи;

3) можливість спостерігати за проявом негативних емоцій у інших членів групи з обов'язковою їх підтримкою;

4) навчання контролювати власні негативні емоції, особливо спалахи агресії, як прояви ПТСР;

5) формування вмінь вирішувати власні проблеми і допомагати іншим учасникам групи вирішувати індивідуальні й групові проблеми;

б) отримання нового досвіду вибудовувати взаємостосунки з іншими людьми в умовах мирного життя.

Розглянемо найбільш популярні психотерапевтичні методи, що використовують при проведенні реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Так, *раціональна психотерапія*, як один із основних методів психотерапії ґрунтується на переконанні, зверненні до логічного мислення та розуму травмованої людини, аргументації різних переконливих фактів, доказів, що допомагає їй самостійно зробити висновки і змінити відношення до психотравмувальної ситуації. Здійснюється, як правило, у формі діалогу або бесіди, у ході яких апелюють до розуму, свідомості, волі комбатантів. За допомогою спеціальних прикладів підтримується бадьорість духу, зміцнюється воля до відновлення нормального стану. В якості вагомих чинників використовують авторитет командира (лікаря, психолога, досвідченого товариша по службі), переконання, роз'яснення ситуації, схвалення поведінки військовослужбовця, відволікання його від проблем тощо. Раціональна психотерапія, на переконання В. Мисюри [209], спрямована на створення активної позиції травмованого військовослужбовця в подоланні хворобливих проявів, а також на корекцію неадекватних емоційних реакцій і порушеної системи відносин.

*Сугестивна психотерапія* передбачає емоційний вплив на психіку військовослужбовця, тобто навіювання певних думок. Впливати на людину можна двома способами: навіюванням в стані сну (гіпноз) і навіюванням в стані неспанья. В армійських умовах найбільш доступний другий спосіб, він сприймається людиною пасивно, без критичної оцінки. Найбільшого поширення набули такі форми навіювання, як самонавіювання (саморегуляція) і аутогенне тренування [209].

*Психічна саморегуляція* – це здатність людини впливати на себе за допомогою слів і відповідних їм уявних образів. Самонавіювання

використовують для корекції функціонального стану військовослужбовців при наявності помірно виражених психоневротичних симптомів (порушення сну, високої тривожності, емоційне напруження, зниження настрою) і для підвищення рівня функціональних (психорегулювальних) можливостей здорових військовослужбовців для запобігання розвитку перевтоми [209].

Зокрема, як показує досвід В. Мисюри [209], для зменшення надмірної нервово-психічної напруги або зняття залишкових явищ бойового збудження доцільно прослуховувати або відтворювати в розумі словесні формули, супутні розвитку аутогенної релаксації. Для підняття активності військовослужбовців, коли, наприклад, відзначаються ознаки загальної втоми, можна вдатися до прослуховування або відтворення в розумі словесних формул стимулюючої дії.

Психічна саморегуляція складається з двох частин – загальної і спеціальної. Загальна дає змогу виробити навички управління увагою (зосередження, концентрація, переключення); цілеспрямовано оперувати чуттєвими образами (уявлення тяжкості, тепла тощо); довільно регулювати м'язовий тонус і характер дихання; освоїти навички швидкого аутогенного занурення і виходу з цього стану. Вправи загальної частини застосовуються для зняття напруги, втоми, відновлення сил, регуляції вегетативних функцій. Спеціальна – передбачає комплекс форм самонавіювання, що дають змогу цілеспрямовано регулювати перебіг психічних процесів і свого емоційного стану, нормалізувати функції центральної нервової системи. Використання спеціальних формул для корекції функціонального стану носить, як правило, індивідуальний характер [209].

Для відновлення сил і спокою комбатантам психологи [209] рекомендують використовувати *самонавіювальний сон*. Військовослужбовець повинен навчитися занурювати себе на 20–40 хв. у сон і самостійно виходити з нього вже відпочившим і бадьорим. Формула самонавіювального сну, зазвичай проговорюється відразу ж за формулою психом'язового тренування. Наприклад, «Я розслабився. Мені хочеться спати. З'являється відчуття

сонливості. Воно з кожною хвилиною посилюється, стає глибше. Приємно тяжчають повіки. Повіки стають важкими і закривають очі. Настає спокійний сон». Кожну фразу слід подумки вимовляти повільно і монотонно.

У контексті сугестивної психотерапії доволі дієвим методом роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій вважаємо *аутогенне тренування* – «(від грец. Autos – сам, genos – походження) – психотерапевтичний метод лікування, що передбачає навчання людей м'язової релаксації, самонавіювання, розвитку концентрації уваги і сили уявлення, вмінню контролювати мимовільну розумову активність з метою підвищення ефективності значущої для суб'єкта діяльності» [180].

Аутогенне тренування дає змогу:

- зменшувати прояви деструктивних емоційних станів – емоційну напругу, почуття тривоги і відчуття дискомфорту;
- підвищувати емоційну стійкість;
- контролювати власні емоції, спостерігаючи за їх зовнішніми проявами;
- формувати здатність цілеспрямовано керувати своєю поведінкою і емоційним станом в умовах складної або небезпечної діяльності;
- розвивати практичні вміння самостійно долати емоційну напруженість, підтримувати раціональний стан і поведінку для будь-яких стресових випадків;
- нормалізувати фізіологічні функції організму й поліпшувати настрій військовослужбовців.

Як зазначає В. Мисюра [209], у бойовій обстановці аутогенне тренування можна використовувати для мобілізації сил і можливостей військовослужбовців перед боєм, для зняття психофізичної напруги в перервах між бойовими діями, а також для відновлення психічної рівноваги після закінчення бою, або при отриманні незначних психічних травм. У практичному плані заняття з навчання методам аутогенного тренування може проводити лікар або психолог, або підготовлений офіцер. Тривалість занять –

від 20 хв. до 1 год. Психологи радять проводити комбатантам самостійні тренування двічі на день – вранці і ввечері.

При навчанні військовослужбовців аутогенному тренуванню доцільно використовувати такий порядок вправ:

- 1) вступна частина;
- 2) вправа на загальне заспокоєння;
- 3) вправа на тренування м'язової релаксації;
- 4) вправа на викликання відчуття тепла в кінцівках;
- 5) вправа на викликання відчуття тепла в сонячному сплетінні;
- 6) вправа на оволодіння регуляцією ритму дихання;
- 7) вправа на оволодіння регуляцією ритму серцевої діяльності;
- 8) вправа на зміцнення волі, корекцію деяких форм поведінки і

характерологічних особливостей особистості [209].

Перед початком заняття необхідно дати установку: «Прийміть зручне положення. Вам ніщо не заважає, вас ніщо не турбує. Розслабтесь». Основні словесні формули читаються спокійно й впевнено. Після кожної формули витримується пауза 5–7 сек., під час якої у комбатантів виникають образні уявлення про сказане при закритих очах. Формула навіювання вимовляється наказовим тоном, з огляду на стан особового складу і характер прояву психічних порушень. Інколи можна включати музичний супровід – це має бути спокійна, розслаблююча музика.

У контексті аналізу сугестивної психотерапії хотілося б зупинитися на розгляді *методу конфронтаційної сугестії*, розробленого І. Маніловим [201]. Наш вибір обґрунтований тим, що, по-перше, навіювання можна здійснювати переважно у стані неспання, а це може робити психолог. По-друге, потрібно навіювати ідеї, які не є прямою антитезою дисфункціональних думок, на перший погляд не суперечать їм, але згодом поволі розхитують та руйнують будь-які дисфункціональні когнітивні утворення. По-третє, необхідно створити ситуацію, коли альтернативні адаптивні думки сприйматимуться людиною начебто її власні, а не такі, що були нав'язаними ззовні, тобто

необхідно дати клієнту можливість відчувати себе активним учасником психотерапевтичного процесу.

Автор методики наголошує, що «в процесі реалізації конфронтаційної сугестії клієнту навіюють ідеї, які є логічно несумісними з його попередніми дисфункціональними переконаннями. Внаслідок зіткнення принципово протилежних думок виникає феномен когнітивного дисонансу з подальшим витискуванням або корекцією дисфункціональної думки. Для успішної реалізації такого психотерапевтичного навіювання необхідно навіювати начебто нейтральні ідеї, які, на перший погляд, збігаються з основними світоглядними настановами клієнта та не викликають у нього негативного емоційного відгуку і супротиву, проте змістовно суперечать дисфункціональним думкам. Ідеї повинні бути загальновідомими і, по можливості, самоочевидними, не суперечити науковим фактам та індивідуальному життєвому досвіду клієнта» [201, с. 174].

Психотерапевтичну корекцію дисфункціональних когнітивних процесів доцільно здійснювати за допомогою навіювання загальних світоглядних принципів – «безперервної мінливості», «взаємозв'язку», «відносності», «необоротності», «самоорганізації», «динамічної рівноваги», які презентуються як найбільш загальні «закони природи», універсальність яких самоочевидна. Саме ці принципи є основою руйнування ригідних дисфункціональних когнітивних утворень. У розумінні І. Манілова, дисфункціональні переконання виявляються в процесі структурованого діалогу. При цьому, основні теми розмови торкаються різних аспектів відношення до себе та оточуючих, а також міркування стосовно проблем, які дошкуляють. Ознакою дисфункціональних думок є надмірна узагальненість, категоричність, «універсальність», а також відсутність виважених аргументів, що доводять їхню істинність.

Процедурі психотерапевтичного навіювання передують етапи встановлення робочого альянсу з клієнтом та збору інформації. При зборі інформації необхідно з'ясувати: основні дисфункціональні переконання;

уявлення про те, яким клієнт бачить себе зараз і яким бажає стати у майбутньому; особливості індивідуальної сугестивності клієнта [201, с. 174].

Слід зазначити, що навіювання маскується під логічно обґрунтоване інформаційне повідомлення. Представимо основні ідеї і ключові поняття принципів методу конфронтаційної сугестії (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Ключові ідеї методу конфронтаційної сугестії (за І. Маніловим)**

<b>Принципи</b>	<b>Основна ідея</b>	<b>Ключові фрази</b>
Безперервна мінливість	Світ перебуває в постійному безперервному русі. Все змінюється і зупинити цей процес неможливо. Нічого не можна досягти, раз і назавжди, а тому зміни, це основа життя, а готовність до них – запорука адаптивності	«Все змінюється!»
Принцип взаємозв'язку	Ідея єдності світу – всі об'єкти і явища, в тій чи іншій мірі, пов'язані між собою і впливають одне на одне. Сила цього взаємовпливу різна. Розуміння принципової «відкритості» будь-якої системи є основою гнучкості в оцінках тих чи інших життєвих ситуацій	«У світі все пов'язано!»
Принцип відносності	Якщо всі об'єкти і явища взаємопов'язані, то будь-яка точка відліку, будь-яка система координат умовні. Немає нічого абсолютного. Немає абсолютно правильного і неправильного, доброго і поганого. У зв'язку з цим, жоден вибір, жодне рішення не може бути однозначно вдалим чи невдалим. Оцінка будь-якого вчинку залежить від обраного критерію	«Карта – не територія!»

Продовження табл. 4.5

Принцип необоротності	Розвиток світу має необоротний характер. Психотерапевтичне втручання	«Неможливо нікуди
-----------------------	--	-------------------

	<p>не може повернути клієнта до стану минулого благополуччя. Можна лише формувати нову більш адаптивну поведінку, створити новий позитивний стан і нове «благополуччя», які будуть тільки нагадувати попередні стани. Тобто нема повернення, а завжди є формування чогось нового. Це закономірно витікає з ідеї безперервної мінливості світу</p>	<p>повернутися, можна лише постійно творити бажане майбутнє!»</p>
<p>Принцип самоорганізації</p>	<p>Ідея самоорганізації тісно пов'язана з потребою людини упорядковувати навколишній світ, робити його передбачуваним і комфортним. Це здійснюється через когнітивні процеси структурування простору, часу та власних уявлень про себе і світ</p>	<p>«Усе довільно переходе від хаосу до порядку», «Руйнування – основа майбутнього народження», «Ціле не є сумою частин», «Структура – це процес», «Нічого неможна напевно передбачити», «Природа постійно еволюціонує»</p>
<p>Принцип динамічної рівноваги</p>	<p>Будь-яка реакція психіки спрямована на відновлення втраченої рівноваги. У цьому виявляється позитивний зміст і сенс більшості невротичних розладів. Невротичні симптоми потрібно не усувати, а трансформувати, зберігаючи загальну рівновагу системи</p>	<p>«Ми прагнемо рівноваги», «Наша психіка і тіло протидіють будь-яким змінам»</p>



У процесі дослідження з'ясовано, що нині одним із найбільш ефективних напрямів сучасної психотерапії, який використовують при реабілітації комбатантів, можна назвати *гештальт-терапію* – метод, створений американським психологом і психотерапевтом Перлсом (Perls F. S.) під впливом ідей гештальт-психології, екзистенціалізму, психоаналізу, теорії Райха (Reich W.). Гештальт-терапія виникла в руслі феноменологічного підходу, що підкреслює необхідність усвідомлення пацієнтом сьогодення і важливість безпосереднього емоційного переживання [267].

Основні цілі і завдання гештальт-терапії спрямовані на відновлення нормального контакту людини з собою, оточуючими і життям, набуття життєвої енергії. Ця робота відбувається в основному через роботу з актуальними почуттями і тілесними проявами, хоча нерідко «працюють» зі спогадами і снами [143]. Вважаємо, що цей метод у роботі з військовослужбовцями допоможе в пошуку шляхів вирішення проблем, спираючись на знайдені актуальні ресурси і загальний досвід. Слід зазначити, що значна увага в гештальт-терапії приділяється роботі з емоціями, різними тілесними феноменами і процесами, які виникають у клієнта під час сеансу. Усвідомлення цих почуттів і процесів, так само як і виявлення їх причин, проживання в ситуації «тут і зараз» можуть пришвидшити процес вирішення проблеми. Існують різні види гештальт-терапії: індивідуальне гештальт-консультування; індивідуальна гештальт-терапія, гештальт-терапія з парами (може бути застосована під час проведення сімейної терапії з комбатантами); групова гештальт-терапія.

Враховуючи той факт, що військовослужбовці учасники бойових дій, як правило, страждають від невротичних депресій, різних фобій, панічних атак, різних психосоматичних симптомів, сексуальних розладів, залежностей, гострого стану втрати, ПТСР, вважаємо, що для їхньої реабілітації найбільше підходить другий варіант – індивідуальна гештальт-терапія, яка може проходити від 10 до 100 сеансів.

*Наркопсихотерапія* – поєднання словесного навіювання на тлі неповного наркозу, викликаного застосуванням медичних препаратів. Її краще застосовувати в лікувальних установах. Для купірування (зупинки, припинення) психічних розладів військовослужбовців застосовують медикаментозні засоби, що знімають підвищену збудливість і дратівливість, які нормалізують настрій, стимулюють нормальне функціонування організму. Прийом транквілізаторів та інших спеціальних фармакологічних препаратів проводиться під контролем або за рекомендацією медичних працівників і дає змогу не тільки підвищити нервово-психічну стійкість військовослужбовців при виконанні ними дій, пов'язаних із різким або тривалим психічним напруженням, але і знімати нервово-психічне збудження [209, с. 22].

У контексті здійснення комплексної реабілітації комбатантів, складовою є фізична реабілітація, серед методів якої особливою популярністю серед військовослужбовців користується *методика самомасажу біологічно активних точок (БАТ) шкіри*, що допомагає коректувати психофізіологічний стан військовослужбовців, зберігати високу працездатність при стомленні, підвищувати рівень психічної активності і здатності до функціональної діяльності. Окрім цього самомасаж БАТ сприяє врівноваженню основних нервових процесів (збудження і гальмування), нормалізації кровообігу і поліпшенню діяльності аналізаторів. Це вид масажу найбільш ефективний при відчуттях втоми, сонливості, при м'язовому дискомфорті, при «втомі» зору, а також для підтримання психіки в оптимальному стані. Навчання військовослужбовців прийомам самомасажу БАТ проводиться як у груповому, так і індивідуальному варіанті під керівництвом медичного працівника на протязі 20–25 хв. [209].

У контексті фізичної реабілітації військовослужбовців цікавими є такі методи:

– *вправи на антиципацію* (передбачення), сутність якої полягає в образному представленні виникнення і розвитку небажаної ситуації, програванні своїх дій у цих умовах, так званий ефект «вже баченого,

знайомого», за допомогою якого відпрацьовується стереотип поведінки в екстремальних ситуаціях;

– *ідеомоторні вправи* – уявний програш майбутніх дій з супроводом або без нього відповідними руховими актами з уявними чи реальними органами управління озброєння і техніки;

– *релаксидеомоторне тренування* – самостійний уявний програш основних елементів майбутньої діяльності на тлі загальної релаксації (розслаблення) організму з наступною його активацією [209].

Вважаємо, що ефективним методом комплексної реабілітації може бути *працетерапія* – залучення військовослужбовців із травмованою психікою до виконання нескладних робіт і завдань, крім розвитку фізичної активності; призводить до формування стійкого позитивного настрою, установки до трудової діяльності, сприяє прискоренню адаптації військовослужбовців до нового життя.

Фахівцями [209] встановлено, що наслідки перевтоми, нервово-емоційного напруження, стресів, ПТСР ліквідуються швидше у випадку, якщо людина після стресових ситуацій відпочиває не пасивно, а навпаки, активує м'язи, які не брали участі в основній діяльності. Це пояснюється тим, що під час активного відпочинку в корі головного мозку усувається гальмування, що виникло в результаті психоемоційного напруження. Поступово розширюються кровоносні судини працюючих м'язів, тобто, відновлення фізичних і психічних сил в умовах активного відпочинку обумовлюється дією нервових і судинних механізмів.

Окремим цікавим методом у реабілітації комбатантів вважаємо *каністерапію* або *лікувальну кінологію* (лат. «canis» – собака і грецьк. Θεραπεία [therapeia] – лікування, оздоровлення) – один із видів лікування і реабілітації людини за допомогою звичайних або спеціально відібраних і навчених собак під наглядом кваліфікованих фахівців (також – відома, як лікувальна кінологія).

Протягом декількох століть у країнах Європи використовувався заспокійливий і розвиваючий ефект взаємодії з собаками пацієнтів психіатричних клінік та притулків, після чого в США собаки стали використовуватися для психотерапевтичної допомоги в деяких подібних установах. За даними дослідження Animal Planet першим в історії каністерапії є легендарний йоркширський тер'єр Смоку (Смокі). Смокі був зарахований до складу 26-го розвідувального авіаполку 5-ї Армії ВПС США, пройшов через Другу світову війну, заслужив 8 бойових нагород і отримав звання капрала. Смокі працював у госпіталях як собака-терапевт протягом 12 років, під час і після Другої світової війни. Американські лікарі Червоного хреста помітили, що в госпіталях, де собакам не забороняється гуляти по території, поранені прагнули проводити з ними якомога більше часу. Після проведеного дослідження з'ясувалося, що і процес одужання в таких установах проходив більш успішно, а госпіталь ВПС в Нью-Йорку почав цілеспрямовано використовувати цей метод для якнайшвидшої реабілітації поранених [154].

Каністерапію можна використовувати у таких напрямках:

1) лікувально-контактний (собака – грілка), або каністерапія при хронічних болях. Суть даного напрям полягає в тому, що собака лягає на хворе місце і гріє його, після чого болі зменшуються;

2) діагностичний напрям, при якому собака передбачає і повідомляє про напади астми, епілепсії, критичне зниження рівня цукру в крові у діабетика та інші небезпечні прояви хвороб;

3) обслуговуючий напрям, при якому собаки є помічниками людей з особливими потребами (поводирі, слухові собаки);

4) реабілітаційний напрям, у процесі якого собака значно прискорює процес одужання хворих шляхом спостереження, спілкування, проведення ігор та прогулянок з нею [155].

Останній напрям є, на нашу думку, найбільш ефективним у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій при лікуванні неврозів, депресії, страхів, ПТСР, оскільки у процесі взаємодії з твариною, знижується агресія і

збудження, відновлюється душевний спокій і рівновага, що сприяє швидшому одужанню.

Ще одним цікавим психотерапевтичним методом, який вважають інноваційним, унікальним і доволі ефективним, оскільки його використовують для лікування наслідків психічної травми, є *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (ДПДГ)* – «десенсибілізація і репроцесуалізація (обробка) рухом очей», автором якого є психолог, доктор філософії Ф. Шапіро (Francine Shapiro).

Терапія EMDR використовує біполярні (двухполюсні по горизонтальній осі) стимулюючі рухи очних яблук, або ж біполярну стимуляцію кінестетичного (поплескування або дотик) або аудіального (звукового) аналізатора. Симетрична, двостороння стимуляція з певною частотою (для стимуляції використовується 1 герц / секунду) активізує протилежні сторони мозку, які «виводять на рівень усвідомлення і спогадів психотравмувальні емоційні події), які періодично нагадують про себе у вигляді різних психічних розладів. У результаті такої стимуляції, шляхом близьким до природного, на нейрофізіологічному рівні, психіка травмованої особи звільняється від блокувань «застрявання», викликаних психотравмою.

EMDR дає змогу обробляти емоційний досвід, про який людина ще не може говорити, однак одразу після сесії EMDR вона говорить про це вільно. За допомогою EMDR-терапії швидко зменшується напруга, що супроводжує «травму». Це допомагає клієнтам після проходження курсу лікування, повністю відтворити хронологію травмувальних подій, і при цьому не відчувати стресового навантаження (бути спокійними), що говорить про те, що психотравма «перероблена»!

Використовуючи в комбінації з іншими методами терапії, EMDR допомагає перемістити клієнта швидко від емоційного лиха до тверезого і спокійного вирішення проблем. Результативність при обробці навіть самих важких спогадів може бути досягнута швидше, ніж при проведенні традиційної терапії. Це пов'язано з тим, що традиційні методи лікування часто

зосереджуються на спогадах, аналізі їх значення, отриманні відомостей про проблему. Клієнти EMDR отримують можливість проникати в суть під час терапії. Позитивні, довгострокові результати терапії EMDR зачіпають всі рівні добробуту клієнта – розумовий, емоційний, фізичний, таким чином, він повністю відновлюється. Пам'ять на події залишається, але негативна відповідь у вигляді порушення якості психічного здоров'я, нейтралізується.

У EMDR для перемикування півкуль використовують три способи:

- 1) рухаючи очима вправо–вліво;
- 2) ляскаючи себе долонями по плечах (руки на плечах хрест–навхрест);
- 3) ляскаючи себе долонями по стегнах (руки лежать на стегнах).

Дослідження людей, які зазнали насильства, військовий бій, втрату близьких, серйозних нещасних випадків, встановило, що у 84–90 % наступало полегшення їх емоційного стану тільки після трьох сесій EMDR [354].

Існують інші інноваційні методи реабілітації військовослужбовців, вибір яких має бути обґрунтований причинами травми (стрес, ПТСР), динамікою її розвитку, реальним станом комбатанта. Ми переконані, що для проведення ефективної комплексної реабілітації окрім практичного застосування інноваційних методів у роботі з комбатантами, необхідно дотримуватися певних правил, на яких наголошують психологи [209], а саме:

- підтримка чіткого режиму із забезпеченням нічного сну не менше 8 годин;
- правильна організація службової діяльності;
- усунення професійних шкідливих подразників шляхом зміни роду діяльності;
- обмеження надмірних фізичних і емоційних навантажень;
- організований активний відпочинок у поєднанні з виконанням фізичної роботи;
- повноцінне і різноманітне харчування тощо.

Для створення таких умов і забезпечення виконання необхідних реабілітаційних заходів необхідно залучати всіх членів мультидисциплінарної команди – психологів, реабілітологів, соціальних працівників, медичних працівників, психотерапевтів та інших.

Отже, практичні заходи комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій передбачають поєднання різноманітних інноваційних методів, ефективність яких буде визначатися своєчасністю, послідовністю наступністю реабілітаційних заходів і максимально індивідуалізованим підходом до комбатантів із урахуванням їх психоемоційного й фізичного стану, особистісних цілей і уподобань.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Встановлено, «реабілітація» пов'язана з такими категоріями як-от адаптація, реадaptaція, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога. Термін «реабілітація» бере свій початок у країнах Західної Європи і означає відновлення. Сьогодні поняття «реабілітація» активно використовують в різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до важкої ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У вузькому розумінні реабілітація означає відновлення здоров'я, у широкому – покращення фізичного та функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Основну увагу зосереджено на характеристиці комплексного аспекту реабілітації, оскільки вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів.

Реабілітацію військовослужбовців учасників бойових дій розглядаємо як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психологічного статусу і працездатності військовослужбовців.

2. У процесі дослідження з'ясовано, що попри наявність в Україні низки нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.); Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний



оборонний бюлетень України»» (2016 р.); Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.); Постанова Кабміну № 416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (2014 р.); Накази Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015 р.); «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» (2016 р.); Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» (2012 р.), чинне законодавство не в змозі забезпечити проведення належного рівня комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні у військових діях.

3. Охарактеризовано підходи до реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, найефективнішими з яких визнано комплексний, акмеологічний, міждисциплінарний, системний. Кожний з підходів передбачає проведення певного виду реабілітації – медичної, соціальної, педагогічної, акмеологічної з виокремленням комплексу відповідних принципів.

Проаналізовано закордонний досвід надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям учасникам бойових дій, починаючи від стародавніх і до наших часів. Представлено досвід пострадянських країн, Європи і США. Встановлено, що система реабілітації учасників збройних конфліктів у США є найбільш прогресивною. Реабілітація на Заході передбачає комплекс дій, пов'язаних із відновленням здоров'я військовослужбовців і поверненням їх до громадської та професійної діяльності. При цьому наголошується на безперервності реабілітаційних дій. Це означає, що після завершення одного

з видів реабілітації необхідно розпочинати інший, що робить процес відновлення ефективнішим і результативнішим.

4. Обґрунтовано наукові підходи до визначення складових реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Встановлено, що реабілітація комбатантів передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної, соціальної і професійної, які, у свою чергу, можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові дефініції (соціально-психологічна, соціально-педагогічна, медико-психологічна, професійно-психологічна) в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

У дослідженні представлено психологічну реабілітацію військовослужбовців як специфічний вид психологічної допомоги, що надається ветеранам бойових дій із гострими чи хронічними адаптаційними розладами. Визначено соціальну реабілітацію як систему заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу. Схарактеризовано медичну реабілітацію як систему медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та їх раннє повернення до професійної діяльності. Встановлено, що професійна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

5. Встановлено, що нині відсутнє єдине загальноприйняте визначення терміну «стрес». У традиційному розумінні стрес є захисною реакцією організму на негативні впливи середовища. Стрес спричиняє появу у військовослужбовців різноманітних психологічних станів деструктивного характеру, серед яких особливо складними є посттравматичні стресові розлади, психічна травма, нервово-психічне напруження, військова втома, бойове виснаження, військовий невроз тощо, які мають свої симптоми,

форми прояву й наслідки. Особливо складним видом є бойовий стрес, обумовлений тривалою загрозою життю в бойовій обстановці. Представлено наукові підходи до виокремлення стрес-факторів, що спричиняють появу проблем різного характеру у військовослужбовців в умовах військових конфліктів і мирного життя. Проаналізовано різні типології військовослужбовців, що зазнали стресу під час бойових дій, згідно з різними критеріями – ступенем тяжкості отриманої травми, реагуванням на стрес-фактори, деструктивними постстресовими змінами. Виокремлені групи військовослужбовці учасників бойових дій потребують комплексної реабілітації, соціальної підтримки, отриманні знань, що допоможуть контролювати психоемоційний стан і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

6. При проведенні лікувально-реабілітаційної роботи з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості, з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією, вибір яких був обумовлений діагностувальними, розвивальними, коректувальними та терапевтичними можливостями при проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Обґрунтовано можливості ігрової терапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців ЗСУ учасників бойових дій. Представлено різні види ігор для комбатантів, серед яких провідними є ділові, професійні, реабілітаційні, спеціалізовані реабілітаційні комп'ютерні. Визначено ігрові методи у роботі з військовослужбовцями – метод аналізу конкретних ситуацій, «мозкової атаки», інтелектуальної розминки, метод клініки, метод аварійних випадків, хортинг.

Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (техніки активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки).

Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у сім'ї, найбільш виражених у комбатанта. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами, заняття з різними сімейними парами.

7. Для здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у системі соціальних служб найефективнішими є мультидисциплінарний, системний, комплексний і технологічний підходи. Головним системотвірним підходом визначено мультидисциплінарний, оскільки ефективність реабілітації напряду залежатиме саме від складу мультидисциплінарної команди фахівців, які здійснюватимуть її.

Використання системного підходу володіє вагомим потенціалом під час опису реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб як певної цілісності та як структури за функціональними ознаками її компонентів. Вибір технологічного підходу обумовлений тим, що він сприяє цілеспрямованому синтезу форм, методів і засобів реабілітації, відкриває нові можливості для методичної варіативності при організації реабілітаційного процесу комбатантів; передбачає цілеспрямованість при розробці системи і технології комплексної реабілітації військовослужбовців з чітко розробленим планом, процедурами, інструкціями і алгоритмом дій. Комплексний підхід передбачає налагодження взаємозв'язків у роботі між різними соціальними структурами, що займаються реабілітацією

комбатантів; органічне поєднання різних видів реабілітації; комплексне застосування різноманітних форм, методів, технологій і засобів у процесі проведення реабілітаційних заходів; співпрацю команди фахівців із соціальними службами, що допомагатимуть адаптуватися до умов мирного життя. Визначено загальнонаукові принципи при проведенні реабілітаційних заходів із комбатантами – комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості. Доведена ефективність специфічних принципів системи організації реабілітаційної діяльності особового складу ЗСУ, що приймали участь у бойових діях, пов'язаних із певним видом реабілітації.

8. Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що приймали участь у бойових діях, було розроблено систему, яка реалізується через спеціальні підсистеми – взаємопов'язані блоки, які забезпечують основу для її організації та впровадження: методологічний – мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації, психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні для кожного виду реабілітації); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю, та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечують здійснення реабілітаційних заходів із комбатантами; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами; комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій та інноваційних психотерапевтичних методів реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості військовослужбовців (низький, середній, достатній, високий) і результат – динаміка реабілітованості комбатантів.

Системотвірним чинником моделювання системи комплексної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій виступили організаційно-педагогічні умови: здійснення комплексної реабілітації комбатантів з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики потреб та проблем військовослужбовців (згідно розробленої комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для комбатантів; соціально-психологічний супровід військовослужбовців у постреабілітаційний період.

9. Представлено методика проектування реабілітаційного простору, що передбачає створення комфортного терапевтичного середовища та комплексне надання реабілітаційно-корекційно-терапевтичних і медичних процедур для військовослужбовців учасників бойових дій. Згідно з розробленою методикою, надання реабілітаційних послуг може відбуватися на чотирьох організаційних рівнях, які визначаються за результатами соціально-психологічної діагностики з урахуванням соціальної ситуації комбатантів та стану здоров'я, психічного стану.

Розроблено технологію комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, що передбачає чотири етапи: діагностувальний (проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців); розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з визначенням реабілітаційних методів і технологій; робочий (проведення реабілітаційних заходів, передбачених ІПР); завершальний (організація післяреабілітаційного супроводу військовослужбовців).

10. Встановлено, що ефективність і вибір форм, методів і засобів при проведенні комплексної реабілітації залежить від соціально-психологічних характеристик комбатантів; результатів первинного діагностувального обстеження; визначення механізмів поведінки в момент бойових дій; виявлення характерних особливостей протікання ПТСР.

Ефективними методами у роботі з військовослужбовцями визначено психологічну допомогу консультативного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії (групову, індивідуальну); тренінгові заняття. При проведенні групової психотерапії з комбатантами дієвими виявилися техніки емоційно-вольової саморегуляції, медитативні та арт-терапевтичні техніки. Серед арсеналу різноманітних психотерапевтичних методів при проведенні комплексної реабілітації з комбатантами варто використовувати раціональну, сугестивну, особисто орієнтовану види психотерапії, наркопсихотерапію, трудотерапію, естетотерапію, які у кожному випадку вирішують певні корекційно-психотерапевтичні завдання.

Розроблено та апробовано тренінгову програму «Антистрес» для комбатантів, спрямовану на формування умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, ПТСР. Програма розрахована на 8 занять, на яких поєднували кілька видів психофізіологічного розвантаження: музикотерапію, релаксацію; тілесно-орієнтовану терапію; аутогенне тренування, арт-терапію, казкотерапію тощо.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане: Дис.... канд. психол. наук; Спец. 19.00.05 – Социальная психология / Ринат Абдулнакипович Абдурахманов. – М., 1994. – 223 с.
2. Агремь Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы. Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – 329 с.
3. Айви А. Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / А. Е. Айви, М. Б. Айви, Л. Саймэк-Даунинг. – М., 1999 – 487 с.
4. Алалыкина Н. Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих: Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Наталия Николаевна Алалыкина. – М. : РГБ, 2003. – 200 с.
5. Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций / Артур Александрович Александров. – СПб. : Академический проект, 1997 – 335 с.
6. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
7. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак и др. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.
8. Александровский Ю. А. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, Г. М. Румянцева, Б. П. Щукин // Невропатология и психиатрия, 1989. – № 5. – С. 11–117.
9. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток [Електронний ресурс] / В. І. Алещенко // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2015. – № 2. – С. 46–53. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipuss\\_2015\\_2\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipuss_2015_2_7).



10. Аллан Дж. Ландшафт детской души / Дж. Аллан. – СПб. : Диалог, 1997. – 256 с.
11. Андрошук І. Реалізація системного підходу в навчальному процесі як педагогічна проблема / Ірина Андрошук // Проблеми підготовки сучасного вчителя. – 2013. – № 7. – С. 8–14.
12. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учебник для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М. : Академия, 2001. – 248 с.
13. Бабанский Ю. К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса : методические основы / Ю. К. Бабанский. – М. : Просвещение, 1982. – 282 с.
14. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців / В. Н. Багрій // Вісник Національного університету оборони України. – 2013. – 2 (33). – С. 7–10.
15. Бакирова Г. Х. Тренинг управления персоналом / Г. Х. Бакирова. – СПб. : Речь, 2006. – 400 с.
16. Бассин Ф. Б. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии) : Руководство по психотерапии / Ф. Б. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова. – Ташкент : Медицина, 1979. – С. 24–40.
17. Беверли К. Environmental Art Therapy: Working with Found Objects [Электронный ресурс] / К. Беверли, А. Копытин // Исцеляющее Искусство. – 2011. – № 3. – Режим доступа : <http://reginalatypova.livejournal.com/827.html>
18. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям» / М. В. Бедюк // Збірник наукових праць РДГУ. – 2016. – Випуск 6. – С. 18–21.

19. Белов В. П. Реабилитация: система деятельности и наука. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями / В. П. Белов, В. А. Галкин. – Л., 1973. – С. 12–14.
20. Беловодский В. А. Уклонение от военной службы как социально-психологическое явление : Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : спец. 19.00.05 – социальная психология / Владимир Андреевич Беловодский. – М., РАГС, 1997. – 26 с.
21. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.
22. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : Дис... канд. псих. наук : спец. 19.00.05 – социальная психология / Владимир Васильевич Березовец. – М. : РГБ, 1997. – 139 с.
23. Берецкая Е. А. Подготовка будущих специалистов социальной работы к деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста : Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. пед. наук: спец. 13.00.08 – профессиональная педагогика / Елена Александровна Берецкая. – Казань : Казанский государственный технологический университет, 2006. – 24 с.
24. Бим-Бад Б. М. Педагогический энциклопедический словарь / Б. М. Бим-Бад. – М., 2002. – 378 с.
25. Бирюкова И. В. Основные жизненные темы : методическое пособие по танцевально-двигательной терапии / И. В. Бирюкова, М. А. Бебик ; составитель Е. А. Чудина. – М. : Институт практической психологии и психоанализа, 2005. – 285 с.
26. Битянова М. Р. Система развивающей работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция седьмая. Психологический тренинг как форма развивающей работы [Электронный ресурс] // Школьный психолог. – 2004. – № 46. – Режим доступа : <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200404605>
27. Білий В. Я. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного

- населення у воєнний час / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2015. – № 1. – С. 9–14.
28. Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. – 640 с.
29. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців / О. А. Блінов // Вісник НАОУ. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 2. – С. 118–124.
30. Богуславська О. Як не загубитися у розмаїтті тренінгових програм: [Електронний ресурс]: 1 ч. / О. Богуславська. – Режим доступу: <http://www.b17.ru/article/2704/>
31. Бойцов АТО реабілітують в госпіталях для ветеранів ВОВ [Електронний ресурс] / Вести. – 2017. – 24 августа. – Режим доступа : <http://vesti-ukr.com/strana/100279-bojcov-ato-reabilitirujut-v-gospitaljah-dlja-veteranov-vov>
32. Большая политехническая энциклопедия / В. Д. Рязанцев. – М. : Мир и образование, 2011. – 704 с.
33. Большой психологический словарь [Электронный ресурс] / под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. – М. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – Режим доступа : <http://psychology.academic.ru/5199/%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%BE%>
34. Бондар В. Дидактика : підручник для студентів вищих пед. навч. закл. / В. Бондар. – К. : Либідь, 2005. – 264 с.
35. Бондаренко В. В. Надання психологічної допомоги прикордонникам та членам їх сімей як важливий компонент діяльності офіцерів по роботі з персоналом / В. В. Бондаренко // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України (Серія: педагогічні та психологічні науки). – 2013. – № 2 (67). – С. 282–292.
36. Бондарєва Л. І. Навчальний тренінг як засіб професійної підготовки майбутніх менеджерів організацій в економічних університетах: дис. ...

- канд. пед. наук: спец. 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Любов Іванівна Бондарєва. – К, 2006. – 250 с.
37. Боченков А. А. Основные принципы и положения системы психофизиологической реабилитации пострадавших / А. А. Боченков // Вопр. психологии и физиологии труда корабельных специалистов: Материалы и тезисы докладов 2-й научно-практической конференции врачей-психофизиологов ВМФ. – СПб. : ВМФ, 1992. – С. 114–120.
38. Браун Д. Введение в психотерапию : Принципы и практика психодинамики / Пер. с англ. Ю. М. Яновской. – М. : Независимая фирма Класс, 1998. – 224 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
39. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конф. «Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи» (м. Хмельницький, 07 грудня 2017 р.) Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. – С. 19–22.
40. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». – 2017. – Випуск 2 (41). – С. 42–45.
41. Бриндіков Ю. Л. Волонтерство як елемент соціальної роботи / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. Л. П. Мельник, В. І. Співака. – Вип. XXVI. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. – С. 23–32.
42. Бриндіков Ю. Л. Гендер: суспільно-політичний аспект / Ю. Л. Бриндіков // Часопис Хмельницького університету управління та права «Університетські наукові записки» – 2012. – Вип. №3 (43). – С. 591–595.

43. Бриндіков Ю. Л. Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів у роботі з комбатантом / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез міжвуз. наук.-практ. семінару «Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО» (м. Хмельницький, 22 червня 2017 р.), 2017. – С. 13–16.
44. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців збройних сил України учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць : «Педагогічні науки». – Випуск 79. – Том 2. – Херсон : Херсонський державний університет, 2017. – С. 201–206.
45. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць : «Педагогічні науки». – 2017. – Випуск LXXVIII. – Том 2. – Херсон : Херсонський державний університет. – С. 195–200.
46. Бриндіков Ю. Л. Зміст та характеристика стрес-факторів, що негативно впливають на психосоматичний стан комбатантів / Ю. Л. Бриндіков // Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 24-25 листопада 2017 р.), Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, 2017. – С. 294–295.
47. Бриндіков Ю. Л. Кризовий стан сучасної української сім'ї: методи соціально-психологічної та педагогічної роботи у сім'ї / Ю. Л. Бриндіков // Науковий вісник Чернівецького університету : Зб. наук. праць. Педагогіка та психологія. – Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. – Вип. 712. – С. 20–25.
48. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць : «Педагогічні науки». – Випуск LXXVII. – Том 2. – Херсон : Херсонський державний університет, 2017. – С. 149–153.
49. Бриндіков Ю. Л. Місце реабілітаційної діяльності серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез всеукр. наук.-практ. конф. «Наукові

- досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки» (м. Запоріжжя, 26–27 травня 2017 р.), 2017. – С. 102–106.
50. Бриндіков Ю. Л. Морально-психологічна підтримка комбатантів як елемент вдосконалення їх мотиваційної спрямованості / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (м. Київ, 14–15 липня 2017 р.), 2017. – С. 105–108.
  51. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки / [гол. ред. О. В. Діденко]. – Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2017. – № 3(10). – С. 44–56.
  52. Бриндіков Ю. Л. Насильство в сім'ї як соціальна проблема / Ю. Л. Бриндіков // Науковий вісник Чернівецького університету : Зб. наук. праць. Педагогіка та психологія. – Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2014. – Вип. 713. – С. 34–39.
  53. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування доцільності професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до організації діяльності з реабілітації сімей комбатантів / Ю. Л. Бриндіков // Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих: Зб. наук. праць V Міжнар. наук.-практ. інтерне-конф., 27 лютого 2018 р. : [наук. ред. О. І. Шапран]. – Переяслав-Хмельницький, ФОП Домбровська Я. М., 2018. – С. 25–28.
  54. Бриндіков Ю. Л. Потенціал акмеології та акмеологічного підходу в організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців учасників бойових дій фахівцями соціальних служб / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць : «Наукові записки кафедри педагогіки». – Випуск 42. – Харків : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

- Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради, 2018. – С. 40–48.
55. Бриндіков Ю. Л. Потенціал арт-терапії в організації реабілітаційної діяльності з комбатантами / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні методики, інновації та досвід практичного застосування у сфері психології та педагогіки» (м. Люблін, Республіка Польща, 20–21 жовтня 2017 р.), 2017. – С. 175–178.
56. Бриндіков Ю. Л. Превенція психосоматичних проявів у воїнів АТО внаслідок впливу екстремальної ситуації / Ю. Л. Бриндіков // Зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф. «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології» (м. Львів, 23–24 червня 2017 р.) 2017. – С. 44–47.
57. Бриндіков Ю. Л. Проблема посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Теорія і методика виховання : науково-педагогічний вісник. – Херсон : Видавець Грінь Д. С., 2017. – Вип. 7. – С. 5–8.
58. Бриндіков Ю. Л. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до реабілітаційної діяльності з комбатантами на основі використанням інноваційних методик та підходів як вимога часу / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. «Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи» (м. Херсон, 26–27 жовтня 2017 р.), Херсон, Херсонський державний університет – С. 143–146.
59. Бриндіков Ю. Л. Психологічний аналіз лідерства та його функцій в організаціях системи державного управління / Ю. Л. Бриндіков, О. Г. Гуменюк // Часопис Хмельницького університету управління та права «Університетські наукові записки». – 2016. – Вип. 4. – С. 139–149.
60. Бриндіков Ю. Л. Психотерапевтичні методи як засоби психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук. праць : «Педагогічні науки». – Випуск

- LXXVI. – Том 3. – Херсон : Херсонський державний університет, 2017. – С. 102–107.
61. Бриндіков Ю. Л. Реабілітаційна діяльність з комбатантами як нова сфера професійної діяльності соціальних працівників та соціальних педагогів / Ю. Л. Бриндіков // Зб.тез Міжнар. наук.-практ. конф. «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (м. Київ, 1–2 вересня 2017 року), 2017. – С. 52–55.
62. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери / Ю. Л. Бриндіков // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : Зб. наук. праць: [наук. записки РДГУ]. – Рівне : РДГУ, 2017. – Вип. 17 (60). – С. 106–111.
63. Бриндіков Ю. Л. Соціальна реабілітація військовослужбовців: до питання термінології / Ю. Л. Бриндіков // Педагогічний дискурс : зб. наук. праць / гол. ред. І. М. Шоробура. – Хмельницький, 2017. – Випуск 22. – С. 30–35.
64. Бриндіков Ю. Л. Соціально-педагогічна робота з підлітками із делінквентною поведінкою як можливість їх реінтеграції у соціум / Ю.Л. Бриндіков // Щомісячний науково-педагогічний журнал «Молодь і ринок» Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. – 2014. – Вип. №12(119). – С. 88–92.
65. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічний аналіз теорій лідерства / Ю. Л. Бриндіков, О. Г. Гуменюк // Управлінське лідерство: колективна монографія / За заг. ред. В. В. Толканова. – Хмельницький: ПП Мельник А.А., 2013. – С. 135–148.
66. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні аспекти тренування пам'яті військовослужбовців / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Міжнародної наук.-практ. конф. «Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології» (м. Шумен, Болгарія, 16–17 червня 2017 р.), 2017. – С. 166–169.



67. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні аспекти фізичної реабілітації комбатантів в Україні / Ю. Л. Бриндіков // Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. – Хмельницький, 2016. – С. 79–81.
68. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні складові процесу реабілітації учасників бойових дій в Україні / Ю. Л. Бриндіков // Актуальні дослідження в соціальній сфері : матеріали восьмої міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 листопада 2016 р.) / гол. ред. В.В. Корнещук. – Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2016. – С. 120–122.
69. Бриндіков Ю. Л. Соціологічний аналіз сім'ї як основи суспільства / Ю.Л. Бриндіков // Всеукраїнський науково-виробничий журнал 2'2012 (12) «Сталий розвиток економіки», VII. Менеджмент, маркетинг, підприємництво. – С. 245–248.
70. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні / Ю. Л. Бриндіков // Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання : Матеріали круглого столу (м. Київ, 15 квітня 2016 р.). – Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. – С. 13–14.
71. Бриндіков Ю. Л. Сучасні моделі організації реабілітаційної діяльності з воїнами, що були учасниками військових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Міжнар наук.-практ. конф. «Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз» (м. Ужгород, 22 вересня, 2017 р.) ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2017. – С. 18–19.
72. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : метод. посіб. / Ю. Л. Бриндіков. – Хмельницький : Вектор, 2017. – 172 с.
73. Бриндіков Ю. Л. Технологія здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Вісник Луганського національного університету імені Тараса

- Шевченка. Серія: Педагогічні науки, 2017 – № 8 (313) листопад, 2017. – Частина 1 – С. 252–260.
74. Бриндіков Ю. Л. Травматичні стресові розлади у військовослужбовців як сфера реабілітаційної діяльності фахівців соціальних служб / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Всеукр. наук.-практ. конф. «Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи» (м. Запоріжжя, 13-14 жовтня 2017 р.), 2017. – С. 96–99.
75. Бриндіков Ю. Л. Характеристика військовослужбовців учасників збройних конфліктів, які потребують комплексної реабілітації / Ю. Л. Бриндіков // Науковий вісник Ізмаїльського гуманітарного університету : Зб. наук. праць. – Серія «Педагогічні науки». – Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. – Вип. 36. – С. 18–22.
76. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інновацій для організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. тез Міжнар наук.-практ. конф. «Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук» (м. Одеса, 11–12 серпня 2017 року), 2017. – С. 36–38.
77. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інноваційних методик діагностики травматичного стресу у військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: Зб. матеріалів, доповідей Всеукр. наук.-практ. конф., (м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р.) – Маріуполь: ДонДУУ, 2018. – С. 217–219.
78. Бриндіков Ю. Л. Шляхи корекції та виправлення соціальних патологій військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков, О. В. Шинкарук // Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Хмельницький 26–27 жовтня 2017 р.) / Ред. колегія: Романовська Л. І. (голова) та ін. – Хмельницький : ХНУ, 2017. – С. 151–152.

79. Бриндіков Ю. Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти / Ю. Л. Бриндіков // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. – Том IX. – Загальна психологія. Історична психологія. Етична психологія. – Вип. 8. – С. 72–82.
80. Бриндіков Ю. Л. Діяльність капеланів як інструмент забезпечення соціально-психологічних потреб військовослужбовців учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Актуальні дослідження в соціальній сфері: матеріали десятої Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 листопада 2017 р.) / гол. ред. В. В. Корнещук. – Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2017. – С. 96–98.
81. Бриндіков Ю. Л. Соціальна відповідальність як фундаментальна основа соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій / Ю. Л. Бриндіков // Зб. наук.-метод. праць Подільського спеціально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу. Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали Міжнар наук.-практ. конф.: «ВЕКТОР». – Вип. 2. – Кам'янець-Подільський : «Аксіома», 2017. – С. 243–245.
82. Бриндиков Ю. Л. Методологические аспекты использования арт-терапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях / Ю. Л. Бриндіков // Modern Science – Moderní věda – Praha. – Česká Republika. – 2017. – № 4. – Р. 95–101.
83. Бурлак А. М. Игровые технологии как средство социально-культурной реабилитации военнослужащих : Дис... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – Теория, методика и организация социально-культурной деятельности / Анатолий Михайлович Бурлак. – М. : РГБ, 2003. – 204 с.

84. Бурлак А. М. Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра: Дис... д-ра. мед. наук : спец. 14.03.11 – Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная / Анатолий Михайлович Бурлак. – М. : РГБ, 2012. – 303 с.
85. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. – 2015. – Випуск 2 (43). – С. 176–181.
86. Буряк О. О. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. – 2015. – Випуск 3 (44). – С. 137–141.
87. В Германии, Польше и США: Минобороны отчиталось о лечении бойцов АТО [Электронный ресурс] / Обозреватель. Общество. – Режим доступа: <https://www.obozrevatel.com/society/63180-lechenie-za-rubezhom-ukrainskie-voennyye-prohodyat-reabilitatsiyu-v-ssha-i-germanii.htm>
88. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
89. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга / И. В. Вачков. – М. : Ось-89, 2005. – 256 с.
90. Вдовина И. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация [Электронный ресурс] / И. В. Вдовина // Психологическая газета. – Режим доступа : <https://psy.su/feed/2307/>
91. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад. і голов. ред. Бусел В. Т.]. – К. ; Ірпінь : Перун, 2007. – 1736 с.
92. Военная психология и педагогика : учебное пособие / ред.

- П. А. Корчемный, Л. Г. Лаптев, Н. К. Михайловский, В. Ф. Кулаков. – Москва : Совершенство, 1998. – 384 с.
93. Вознесенская Е. Л. Особенности и перспективы развития арт-терапии в Украине / Е. Л. Вознесенская // Наукові праці (Серія : Педагогіка) : науково-методичний журнал. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. – Вип. 95. – Т. 105. – С. 19–24.
94. Вознесенська О. Л. Ресурси арт-терапії на допомогу вимушеним переселенцям : практичний посібник / О. Л. Вознесенська. – К. : Human Rights Foundation, 2015. – 50 с.
95. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карabanова [и др.] – М. : Академия, 2002. – 416 с.
96. Воробейчик Я. Н. Руководство по аутопсихотерапии (история, теория, практика) / Я. Н. Воробейчик. – Одесса, 2004 – 360 с.
97. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США / А. И. Воробьев // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 12. – С. 62–67.
98. Гаджиев К. С. Политическая наука / К. С. Гаджиев. – М. : Международные отношения, 1995. – 400 с.
99. Гаррабе Ж. История шизофрении / Жан Гаррабе. – М., СПб. : Озон, 2000. – 304 с.
100. Гессманн В. Концепция ненасильственного общения М. Розенберга / В. Гессманн // Современная зарубежная психология. – 2014. – № 2. – С. 84–89.
101. Гильбух Ю. З. Учитель и психологическая служба школы / Ю. З. Гильбух. – Киев : Знання, 1993. – 186 с.
102. Гладкая В. В. Технология и методика: сущность, структура и особенности описания (к вопросу о профессиональной компетентности учителя-дефектолога) [Электронный ресурс] / В. В. Гладкая. – Режим

доступа: <http://www.asabliva.by/main.aspx?guid=3515>.

103. Глухова Т. Г. Актуализация восприятия профессионального здоровья педагогов средствами арт-терапии : дис. ... канд. псих. наук : спец. 19.00.07 – педагогическая психология / Татьяна Георгиевна Глухова. – Самара, 2003. – 181 с.
104. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації / А. О. Голяченко. – Тернопіль : Лілея, 2000. – 120 с.
105. Голяченко А. О. Соціально-медичні та економічні аспекти організації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина / А.О. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.
106. Гончаренко С. У. Методика як наука / С. У. Гончаренко // Неперервна проф. освіта: теорія і практика. – 2001. – 2 (1). – С. 86–95.
107. Горбань О. М. Основи теорії систем і системного аналізу : Навчальний посібник / О. М. Горбань, В. Є. Бахрушин. – Запоріжжя : ГУ «ЗІДМУ», 2004. – 204 с.
108. Гордеева А. В. Реабилитационная педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей / А. В. Гордеева. – М. : Академический проект; Королев: Парадигма, 2005. – 320 с.
109. Грецов А. Г. Тренинг общения для подростков / А. Г. Грецов. – СПб. : Питер, 2009. – 160 с.
110. Гримак Л. П. Моделирование состояний человека в гипнозе / Л. П. Гримак. – М. : Наука, 1978. – 271 с.
111. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии / Т. Грининг // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 88–102.
112. Гришина А. В. Развитие творческой индивидуальности подростков средствами арт-терапии в учреждениях дополнительного образования : дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования / А. В. Гришина. – Волгоград, 2004. – 186 с.

113. Гуревич П. С. Культурология. XX век. Энциклопедия [Электронный ресурс] / П. С. Гуревич. – 1998. – Режим доступа : [https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90)
114. Дементьева Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. : ЦИЭТИН, 1991. – 135 с.
115. Демидова А. В. Исследование систем управления : конспект лекций / А. В. Демидова. – М. : Приор-издат, 2005. – 92 с.
116. Денисов А. А. Социальная реабилитация российских военнослужащих – участников вооруженных конфликтов : Дис. ... канд. социол. наук: спец. 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы / Андрей Александрович Денисов. – Новочеркасск : РГБ, 2006. – 171 с.
117. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: навч. посібник / І. М. Дичківська. – К. : Академвидав, 2004. – 352 с.
118. Довбня С. О. Гра як історико-педагогічний феномен [Електронний ресурс] / С. О. Довбня // Збірник наукових праць. – Випуск 9. – С. 245–249. – Режим доступу : [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=F&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21CNR=20&Z21ID=](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=F&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21CNR=20&Z21ID=)
119. Долинин В. А. Реабилитация раненых и больных в системе их этапного лечения : Учебное пособие / В. А. Долинин, Е. В. Решетников. – Л. : ВМА, 1981. – 180 с.
120. Дремова Г. В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии : Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 – теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры; 14.00.12 – спортивная медицина и лечебная физическая культура / Г. В. Дремова. – М., 1996. – 23 с.

121. Дуткевич Т. В. Практична психологія: вступ до спеціальності [Текст]. – 2-ге вид. / Т. В. Дуткевич, О. В. Савицька. – К. : Центр учбов. літ., 2010. – 256 с.
122. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга / О. В. Евтихов. – СПб. : Издательство «Речь», 2005. – 256 с.
123. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах / С.Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50–56.
124. Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України; головний редактор В. Г. Кремень. – К : Юрінком Інтер, 2008. – 300 с.
125. Еувема М. Психосоціальний розвиток дітей та молоді / М. Еувема ; [пер. з англ. Р. Оуденховен, Р. Лейден]. – К. : «LHSI», 2016. – 108 с.
126. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5–16.
127. Єрмоменко Е. Військово-патріотична програма та прикладний хортинг / Едуард Єрмоменко // Фізичне виховання в рідній школі. – 2015. – № 3. – С. 25–29.
128. Єрмоменко Е. А. Навчальна програма гурткової (секційної) роботи «Хортинг» для учнів 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів : навч. вид. / Е. А. Єрмоменко. – К. : Паливода А. В., 2012. – 268 с.
129. Жаданюк А. С. Психологические особенности динамики формирования личностных качеств в условиях профессионального стресса (на материале деятельности работников спецподразделений на Северном Кавказе) : Дисс... канд. псих. наук: спец. 19.00.03 – психология труда, инженерная психология, эргономика / Александр Сергеевич Жаданюк. – Ярославль, 2005. – 198 с.
130. Жизненная ёмкость лёгких [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nedug.ru/library/%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%BA%D0%>



[B8%D1%85\\_%D0%B5%D0%BC%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1](#)

131. Жицька С. А. Ділові ігри як засіб підготовки курсантів вищих військових навчальних закладів до професійно-комунікативної діяльності [Електронний ресурс] / С. А. Жицька // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Серія: Філологія. Педагогіка: Зб. наукових праць. – Київ, 2013. – № 2. – Режим доступу : [http://journal.fl.kpi.ua/wp-content/uploads/2013/09/visnyk\\_2\\_nomer.pdf](http://journal.fl.kpi.ua/wp-content/uploads/2013/09/visnyk_2_nomer.pdf)
132. За границей лечение прошли 36 бойцов АТО и 363 участника Евромайдана [Электронный ресурс] / Униан информационное агентство. – 2017. – 25 августа. – Режим доступа : <https://www.unian.net/society/1019587-za-granitsey-lechenie-proshli-36-boytsov-ato-i-363-uchastnika-evromaydana.html>
133. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] / 07.05.2017. – 705. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>
134. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [Електронний ресурс] / 1993. – № 45, ст. 425. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>
135. Зарецька Н. В. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей / Н. В. Зарецька, Л. М. Гридковець // Вісник. – 2016. – Випуск № 3 (31). – С. 26–33.
136. Зборовский Э. И. Инвалидность в Республике Беларусь / Э. И. Зборовский // Реабилитация больных и инвалидов. – Минск, 1992. – С. 31–32.
137. Здоровицкий А. И. Социологическое обеспечение управления деятельностью специализированных медицинских учреждений по реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации : Автореферат дис. на соискание ученой степени канд. социол.

- наук : спец. 22.00.08 – социология управления / Александр Иванович Здоровицкий. – Москва, 2007. – 27 с.
138. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : ООО Речь, 2000. – 310 с.
139. Золотарьова Ж. М. Проблеми формування та впровадження мультидисциплінарного підходу в системі паліативної і хоспісної допомоги / Ж. М. Золотарьова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 4 (54). – С. 68–72.
140. Иванов А. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [Электронный ресурс] / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2004. – № 4. – Режим доступа: <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>
141. Изотова М. Х. Эмоциональная сфера детей – жертв теракта / М. Х. Изотова, В. М. Сорокин // Вестн. С.-Петербур. ун-та. – Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – № 2/1. – С. 216–220.
142. Исаев А. Б. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований) / А. Б. Исаев, И. О. Котенев, Н. М. Филиппов // Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989. – С. 15–26.
143. Итак, что же такое гештальт-терапия и для чего она нужна? [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://kgu.org.ua/chto-takoe-geshtalt/>
144. Іващенко С. Н. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій / С. Н. Іващенко, Л. Я. Шахліна, О. Б. Лазарєва // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2016. – Випуск 3 (72). – С. 63–67.
145. Кабанов М. М. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе. – М., 1980. – 400 с.

146. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных / М. М. Кабанов. – Изд. 2-е, дополн. и перев. – Л. : Медицина, 1987. – 230 с.
147. Каденкова Е. А. Понятие «социальная реабилитация»: теоретический аспект / Е. А. Каденкова // Научные исследования: от теории к практике : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 13 март 2016 г.) / редкол. : О. Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – № 1 (7). – С. 135–138.
148. Калініна Л. А. Використання лялькотерапії як напряму арт-терапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку / Л. А. Калініна // Наукові праці : науково-методичний журнал (Серія : Педагогіка). – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. – Вип. 95. – Т. 105. – С. 25–30.
149. Калошин В. Ф. Евристичні методи навчання / В. Ф. Калошин, Н. В. Вельбовець // Військова освіта. – 2003. – № 12. – С. 113–122.
150. Кальниш В. В. Актуальні проблеми психофізіологічного стану учасників бойових дій [Електронний ресурс] / В. В. Кальниш, Г. Ю. Пишнов, Д. В. Варивончик // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 37–43.
151. Камаева О. В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / О. В. Камаева, Полина Монро, З. Ф. Буракова, О. Б. Зычкова, А. А. Иванова, В. А. Сорокоумов, М. Е. Тищенко. – СПб, 2003. – 40 с.
152. Каменков К. А. Международные общества, занимающиеся вопросами реабилитации больных и инвалидов / К. А. Каменков, И. Л. Федорова. – М., 1994. – 128 с.
153. Каменюкин А. Г. Антистресс-тренинг / А. Г. Каменюкин, Д. В. Ковпак. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 224 с. : ил. – (Серия «Эффективный тренинг»).
154. Каністерапія [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

- <http://www.uamodna.com/articles/kanisterapiya/>
155. Каністерапія: собаки-терапевти лікують людей [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://vidpoviday.com/kanisterapiya-sobaki-terapevti-likuyut-lyudej>
  156. Кант И. Основы метафизики нравственности / [Собр. Соч. в 6-ти т. Т.4. Ч.1.] / И. Кант. – М. : Мысль, 1965. – С. 219–305.
  157. Караман О. Системний підхід як методологія дослідження соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в Україні [Електронний ресурс] / О. Караман // Випуск 107\_1. – Режим доступу : [https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=YXWlWtzaEKuPmwXq\\_omQDw&q=2.%09%](https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=YXWlWtzaEKuPmwXq_omQDw&q=2.%09%)
  158. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / Под ред. А. Г. Караяни, М. С. Полянского. – М., 2003. – 80 с. – Режим доступа: [http://psiwar.narod.ru/lit/kara\\_3.htm#\\_ednref35](http://psiwar.narod.ru/lit/kara_3.htm#_ednref35)
  159. Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учебник для студ. мед. ВУЗов / Борис Дмитриевич Карвасарский. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с.
  160. Касавин И. Т. Энциклопедия эпистемологии и философии науки / И. Т. Касавин. – М. : Канон+ : Реабилитация, 2009. – 1248 с.
  161. Киннер Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д. Киннер. – М. : Независимая фирма «Класс», 1993. – 224 с.
  162. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса : Монография / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 372 с.
  163. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследований, игр, дискуссии : анализ зарубежного опыта / М. В. Кларин; Междунар. ассоц. «Развивающее обучение». – М.; Рига : Пед. центр «Эксперимент», 1998. – 176 с.
  164. Клауд Г. Дети : границы, границы... / Г. Клауд, Д. Таунсенд ; [ пер. с англ. И. Стариковская]. – М. : Триада, 2001. – 101 с.
  165. Клиническая психология : словарь / Под ред. Н. Д. Твороговой. – М. :

- ПЕР СЭ, 2007. – 416 с.
166. Клир Дж. Системология. Автоматизация решения системных задач : пер. с англ. / Дж. Клир. – М. : Радио и связь, 1990. – 544 с.
167. Коджаспирова Г. М. Педагогический словарь : для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. – М. : Академия, 2005. – 176 с.
168. Козьявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод проф. В. І. Козьявкіна) : Наукові розробки [Електронний ресурс] / За заг. ред. проф. В. І. Козьявкіна. – Львів; Трускавець : Інститут проблем медичної реабілітації, 2001. – Режим доступу : <http://dspace.nbu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/41345/06-Kozijavkin.pdf>
169. Кокун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
170. Комплексы двигательных упражнений Фредерика Матиаса Александра [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://telo.by/bodytherapy/kompleksi\\_dvigatelnih\\_uprazhneniy/](http://telo.by/bodytherapy/kompleksi_dvigatelnih_uprazhneniy/)
171. Кононенко Б. И. Большой толковый словарь по культурологии [Электронный ресурс] / Б. И. Кононенко. – 2003. – Режим доступа : [https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90)
172. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса / Александр Иванович Копытин. – М. : Когито-Центр, 2014. – 208 с.
173. Копытин А. И. Основы арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб. : Лань, 1999. – 252 с.

174. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб. : Речь, 2003. – 320 с.
175. Коржиков О. Н. Социальная и психологическая реабилитация военнослужащих, участников конфликтов в постсоветском пространстве Дисс. канд. социол. наук : спец. 22.00.04 – социальная структура социальные институты и процессы / Олег Николаевич Коржиков. – Астрахань, 2000. – 144 с.
176. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. – М. : Медицина, 1978. – 271 с.
177. Кравченко О. В. Впровадження соціально-психологічного тренінгу в умовах адаптації військовослужбовця до навколишнього ціннісно-нормативного середовища / О. В. Кравченко // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2014. – Вип. 15. – С. 104–113.
178. Краевский В. В. Методология для педагога: теория и практика / В. В. Краевский, В. М. Полонский. – Волгоград: Перемена, 2001. – 324 с.
179. Крамник М. Е. Социально-психологическая адаптация комбатантов к условиям гражданской жизни : Дис. ... канд. психол наук : спец. 19.00.05 – социальная психология / Михаил Ефимович Крамник. – М. : РГБ, 2003. – 186 с.
180. Краткий психологический словарь / сост. Л.А. Карпенко ; под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – Ростов н/Д : Феникс, 1998. – 512 с.
181. Креймер Д. Психологічні засади травматерапії сімей учасників бойових дій / Д. Краймер, О. Запорожець // Вісник. – 2016. – № 3 (31). – С. 43–47.
182. Лавренюк В. Психологічна і медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві? / Вікторія Лавренюк // Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня» [Електронний

- ресурс] / Випуск № 30–31 (19 серпня–1 вересня). – Режим доступу : <https://dt.ua/gazeta/issue/1118>
183. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
184. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики [Електронний ресурс] / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. – Том I. – Випуск 45. – С. 120–127. – Режим доступу : <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/23.pdf>
185. Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах / В. И. Лебедев. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 431 с.
186. Лебедева Л. Д. Педагогические основы арт-терапии в образовании учителя : дис. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования / Людмила Дмитриевна Лебедева. – М., 2003. – 426 с.
187. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Людмила Дмитриевна Лебедева. – СПб. : Речь, 2003. – 256 с.
188. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.09 – Психологія діяльності в особливих умовах / Валерій Олександрович Лесков. – Хмельницький : Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького, 2008. – 22 с.
189. Лесков В.О. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій / В. О. Лесков, І. О. Грязнов // Збірник наукових праць інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2006. – Т. VIII, вип. 3. – С. 91–97.

190. Лефтеров В. О. Психотренінгові технології в органах внутрішніх справ. – Т. 2. Психотренінг в ОВС: практичний досвід, організація проведення та перспективи подальшого впровадження: [Монографія] / В. О. Лефтеров. – Донецьк : ДЮОІ, 2008. – 286 с.
191. Лебедева С. Ю. Сучасні проблеми впровадження психотренінгових технологій у діяльність МНС / С. Ю. Лебедева, Я. О. Овсяннікова, І. О. Поляков, Д. С. Титаренко // Проблеми екстремальної та кризової психології. – Харків : УЦЗУ, 2008. – Вип. 5. – С. 95–100.
192. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та демобілізованих / Л. І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології. – Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К. : Логос, 2015. – Вип. 11. – С. 34–51.
193. Литвинцев С. В. Значение психического фактора в патогенезе и клинике боевой хирургической травмы / С. В. Литвинцев, В. В. Нечипоренко, Е. В. Снедков, Г. А. Ростовцев // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 27–34.
194. Луковцева З. В. Актуальные проблемы профилактики жестокого обращения с детьми [Электронный ресурс] / З. В. Луковцева, Д. Р. Кулажина // Психология и право. – 2013. – № 3. – Режим доступа :URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63794.shtml>
195. Ляудис В. Я. Проблемы и задачи психологии компьютерного обучения / В. Я. Ляудис // Психологические проблемы создания и использования ЭВМ. – М. : МГУ, 1985. – С. 33–38.
196. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – соціальна педагогіка / Валерій Іванович Ляшенко. – Херсон : Херсонський державний університет, 2005. – 19 с.



197. Мазур Е. С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения / Е. С. Мазур // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – № 3. – С. 81–92.
198. Маклаков А. Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин, Е. Б. Шустов // Психологический журнал. – 1998. – № 2. – С. 15–26.
199. Макшанов С. И. Психология тренинга: Теория. Методология. Практика: Монография / С. И. Макшанов. – СПб. : Образование, 1997. – 238 с.
200. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.
201. Манілов І. Ф. Психотерапевтична конфронтаційна сугестія: базові положення / І. Ф. Манілов // Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К. : Логос, 2015. – Вип. 11. – С. 170–185.
202. Материалы о методе Фельденкрайза [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://feldy.ru/>
203. Матеріали світової конференції фізичної терапії. Основні положення. Опис фізичної терапії (Частина 1) // Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації. – Львів, 2011. – С. 1–2.
204. Медицинская реабилитация раненых и больных [Электронный ресурс] / Под редакцией проф. Ю. Н. Шанина. – СПб : Специальная литература, 1997. – Режим доступа: [http://www.psichology.vuzlib.su/book\\_o499\\_page\\_20.html](http://www.psichology.vuzlib.su/book_o499_page_20.html)
205. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
206. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій / А. П. Мельник // Психологічні перспективи. – 2016. – Випуск 28. –

- С. 176–185.
207. Мельничук І. М. Особливості застосування інтерактивних ігор у вищому навчальному закладі [Електронний ресурс] / І. М. Мельничук // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2010. – № 4. – Режим доступу : [https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=zQvNWq3yCafB6QT\\_mb-](https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=zQvNWq3yCafB6QT_mb-)
208. Миланов А. Хатха-йога за всички / А. Миланов, И. Борисова. – София : Медицина и физкультура, 1973. – 160 с.
209. Мисюра В. Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих [Электронный ресурс] / В. Ф. Мисюра. – М. : Издание академии, 1995. – Режим доступа : <http://www.studfiles.ru/preview/4019954/page:5/>
210. Могилев В. А. Педагогические аспекты социальной реабилитации инвалидов военной службы : Дис...канд. пед. наук : спец. 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования / Валерий Александрович Могилев. – Великий Новгород, 2000. – 153 с.
211. Морзе Н. В. Методика навчання інформатики : навч. посіб. : [у 3 ч.] / Н. В. Морзе ; за ред. акад. М. І. Жалдака. – К. : Навчальна книга, 2004. – Ч. 1 : Загальна методика навчання інформатики. – 256 с.
212. Мошков В. П. Лечебная физкультура и трудотерапия о комплексном лечении раненых и больных / В. П. Мошков // Сборник трудов эвакогоспиталя № 2993. – М. : Медгиз, 1947. – С. 80–81.
213. Мягер В. К. Семейная психотерапия при неврозах: Методические рекомендации / В. К. Мягер, Т. М. Мишина. – Л., 1978. – 14 с.
214. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – М. : Изд-во Озон, 2012. – 409 с.
215. Наказ Міністерства інфраструктури України № 595 від 24.11.2014 «Про затвердження Порядку з організації фізичної підготовки військовослужбовців у Державній спеціальній службі транспорту» [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

- <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1593-14>
216. Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>
217. Наказ Міністерства оборони України № 702 від 09.12.2015 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>
218. Наказ Міністерства оборони України № 703 від 09.12.2015 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України» [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1681-15>
219. Наказ Міністерства соціальної політики України № 568 від 26.12.2011 р. «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12>
220. Наказ Міністерства юстиції України № 2035/22347 від 6 грудня 2012 р. «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2035-12>
221. Наказ Міністра оборони України № 291 від 22.07.2004 р. «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

- [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/vWWWGroupParam1/new\\_law?OpenDocument&Start=2879&Count=1000&ExpandView&Seq=149](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/vWWWGroupParam1/new_law?OpenDocument&Start=2879&Count=1000&ExpandView&Seq=149)
222. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности / А. А. Налчаджян. – Ереван : Изд-во АН Армянской ССР, 1988. – 69 с.
223. Немов Р. С. Основы психологического консультирования / Р. С. Немов. – М. : Владос, 1999. – 528 с.
224. Никольская И. М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям [Электронный ресурс] / Ирина Михайловна Никольская // Медицинская психология в России. – 2012. – № 5 (16). – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru>
225. Новая философская энциклопедия : В 4 тт. [Электронный ресурс] / Под ред. В. С. Стёпина. – М. : Мысль, 2001. – Режим доступа : [https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90)
226. Новейший философский словарь / сост. А. А. Грицанов. – Минск : В. М. Скакун, 1998. – 896 с.
227. Новиков В. С. Психофизиологическая основа боевой деятельности военнослужащих / В. С. Новиков // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 13–18.
228. Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. проф. С. Н. Мосолова. – М. : Бином. – 2002. – 624 с.
229. Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога / Р. В. Овчарова. – М., 2001. – 478 с.
230. Озерянський А. А. Дизадаптаційний синдром у військовослужбовців українського миротворчого контингенту / А. А. Озерянський, А.В. Швець, І. А. Лук'янчук // Наука і оборона. – 2006. – №3 – С.43–49.
231. Оконь В. Введение в общую дидактику / В. Оконь; пер. с польск. – М. : Высшая школа, 1990. – 229 с.
232. Олексюк Н. С. Основні ресурси соціального супроводу сімей військовослужбовців в умовах реформування Збройних Сил України /

- Н. С. Олексюк // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. – 2012. – Вип. 18. – С. 154–162.
233. Олексюк Н. С. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу / Н. С. Олексюк // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Серія : Педагогічні науки, 2016 – №6 (303) жовтень, 2016. – Частина III. – С. 40–47.
234. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–45 гг. Том 26. Нервные болезни (Особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны) / Ефим Смирнов. – М. : Медгиз, 1949. – 312 с.
235. Орлов А. Б. Толерантность [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.krugosvet.ru/>.
236. Орлов Ю. М. Целительное рисование. Психотерапия для себя / Ю. М. Орлов, А. Л. Гройсман. – М. : Импринт-Гольфстрим, 1997. – 27 с.
237. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В. Л. Ортинський. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 472 с.
238. Осипов Г. В. Социология. Основы общей теории : учеб. для вузов / Г. В. Осипова. – М. : Норма, 2003. – 912 с.
239. Осипова А. А. Введение в теорию психокоррекции / А. А. Осипова. – М. : Московский психолого-социальный институт; Воронеж : Издательство НПО Модэк, 2000. – 320 с.
240. Основы педагогики высшей школы / Л. Л. Товажнянский, О. Г. Романовский, В. В. Бондаренко, О. С. Пономарев, З. О. Черванева. – Харків : НТУ «ХПИ», 2005. – 600 с.
241. Основы социальной реабилитации и профориентации: учебное пособие / О. В. Трошин, Е. В. Жулина, В. А. Кудрявцева. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 384 с.

242. Папкин А. И. Личная безопасность сотрудников органов внутренних дел. Тактика и психология безопасной деятельности / А. И. Папкин. – М., 1996. – 269 с.
243. Парыгин Б. Д. Социальная психология / Б. Д. Парыгин. – СПб. : 1999. – 592 с.
244. Парыгин Д. Н. Педагогика здоровья / Д. Н. Парыгин. – М., 1992. – 64 с.
245. Пахальян В. Э. Групповой психологический тренинг: Учебное пособие. – СПб. : Питер, 2006. – 224 с.
246. Петко Л. Современные методы арт-терапии в организации работы психолога по сплочению воинских коллективов [Электронный ресурс] / Людмила Петко. – Режим доступа: [https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rummy\\_articleart-therap/](https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rummy_articleart-therap/)
247. Петровская Л. А. Компетентность в общении : социально-психологический тренинг / Л. А. Петровская. – М., 1989 – 216 с.
248. Пикельная В. С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект): дис. ... д-ра пед. наук: спец. 13.00.01 – Общая педагогика, история педагогики и образования / Валерия Семёновна Пикельная. – Кривой Рог, 1993. – 374 с.
249. Піонтківська Н. І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту / Н. І. Піонтківська, Ю. В. Фломін, Н. І. Самосюк // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 98–101.
250. Пісочна терапія в роботі з дошкільниками / Упоряд. Л. А. Шик, Н. І. Дикань, О. М. Гладченко, Ю. М. Черкасова. – Харків : Вид. група «Основа», 2010. – 127 с.
251. Повстян Л. А. Возможности арт-терапии в коррекционно-развивающей работе с социальными сиротами, имеющими нарушения психического развития на донозологическом уровне : дис. ... канд. псих. наук : спец. 19.00.04 – Медицинская психология / Людмила Александровна Повстян. – Томск, 2004. – 176 с.

252. Подласый И. П. Педагогика / И. П. Подласый. – М. : Просвещение: ВЛАДОС, 1996. – 432 с.
253. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. – М. : Высш. шк., 2004. – 512 с.
254. Поляков С. Ю. Ігрове навчання як спосіб підвищення і розвитку творчих здібностей курсантів вищих військових навчальних закладів / С. Ю. Поляков // Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України. – 2012. – № 3 (9). – С. 189–193.
255. Пономаренко В. А. Теоретические и экспериментальные данные о профилактике безопасности полета / В. А. Пономаренко. – М. : Изд-во «Когито-центр», 2014. – 104 с.
256. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (На материале землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : Автореф. дисс. канд. псих. наук : спец. 19.00.05 – Социальная психология / Владимир Евгеньевич Попов. – М., 1992. – 27 с.
257. Постанова Верховної Ради України Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» від від 25 листопада 2015 року № 827-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/827-19>
258. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 3 грудня 2009 р. «Питання медико-соціальної експертизи» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>
259. Постанова Кабінету Міністрів України № 416 від 10 вересня 2014 р. «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/416-2014-%D0%BF>
260. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979–1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. М. : Институт социологии, 1995. – 139 с.

261. Пряжников Н. С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения : учебно-методическое пособие / Н. С. Пряжников. – Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2003. – 400 с.
262. Психологический словарь / авт.-сост. : В. Н. Коропулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 640 с.
263. Психологический словарь / В. В. Давыдов и др. – М. : Педагогика, 1996. – 440 с.
264. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А. А. Бодалева. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2011. – 600 с.
265. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
266. Психологічний словник [Електронний ресурс] / Авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова / За ред. Н. А. Побірченко. – Режим доступу: [http://elibrary.kubg.edu.ua/5980/3/O\\_Serhieienkova\\_IL.pdf](http://elibrary.kubg.edu.ua/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf)
267. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб, 2001. – 752 с.
268. Психотерапия – что это? Современные представления / Под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона / Пер. с англ. Л. С. Каганова. – М. : Независимая фирма Класс, 2000. – 432 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 80).
269. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта : Пер. с нем. – М. : Мир, 2000. – 656 с.
270. Пузиков В. Г. Технология ведения тренинга / В. Г. Пузиков. – СПб : Речь, 2007. – 224 с.
271. Пушкарёв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
272. Радиш Я. Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних



- джерел) / Я. Ф. Радиш, О. М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – № 3. – С. 103–106.
273. Резолюция Российской арт-терапевтической ассоциации (16 мая 2009 г.) // Исцеляющее искусство : Международный журнал арт-терапии. – 2009. – Т. 12. – № 1. – С. 9–11.
274. Розвиток стресостійкості як профілактика «професійного згоряння» на державній службі: Методичний посібник / Укладачі: С. П. Мальована, І. Г. Родченко. – Донецьк : Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій Донецької обласної державної адміністрації, 2004. – 25 с.
275. Розенберг М. Язык жизни. Ненасильственное общение / М. Розенберг. – М. : Изд-во София, 2009. – 169 с.
276. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 359-р від 31 березня 2015 р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>
277. Романин А. Н. Основы психотерапии : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. Н. Романин. – М. : Издательский центр Академия, 1999. – 208 с.
278. Романишин А. М. Проблеми психологічного забезпечення підготовки майбутніх офіцерів / А. М. Романишин, В. М. Кожевніков // Збірник наукових праць «Військова освіта» Національного університету оборони України. – 2013. – № 1 (27). – С. 185–192.
279. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2011. – 720 с.
280. Рудестам К. Групповая психотерапия : психокоррекционные группы : теория и практика / Кьел Рудестам. – 2-е издание. – Москва : Прогресс, 1993. – 368 с.

281. Румянцева Г. М. Медико-психологическая помощь при экстремальных ситуациях / Г. М. Румянцева, С. И. Табачников, В. П. Качалов // Актуальные вопросы медицинского обеспечения пораженных на этапах медицинской эвакуации. Казань, 1989. – 4.1. – С. 63–64.
282. Садовский В. Н. Основания общей теории систем: логико-методологический аспект / В. Н. Садовский. – М. : Наука, 1974. – 311 с.
283. Сакович Н. А. Технология игры в песок. Игры на мосту / Н. А. Сакович. – СПб. : Речь, 2006. – 176 с.
284. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности : Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. / Под ред. В. А. Ядова. – М. : ЦСПиМ, 2013. – 376 с.
285. Сарджвеладзе Н. Травма и психологическая помощь / Н. Сарджвеладзе ; [за ред. З. Беберашвили и др.]. – М. : Смысл, 2007. – 179 с.
286. Сатир В. Как строить себя и свою семью / В. Сатир. – М. : Педагогика-Пресс, 1992. – 199 с.
287. Свядоц А. М. Психотерапия: пособие для врачей / А. М. Свядоц. – СПб. : Питер, 2000. – 288 с.
288. Селиванов В. С. Основы общей педагогики : теория и методика воспитания : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / В. С. Селиванов ; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Академия, 2002. – 336 с.
289. Селье Г. Стресс без дистресса [Электронный ресурс] / Ганс Селье. – Режим доступа : <http://lib.ru/PSIHO/SELYE/distree.txt>
290. Семиченко В. А. Психические состояния / В. А. Семиченко. – К. : Магистр – S, 1998. – 207 с.
291. Семке В. Я. Умейте властвовать собой, или беседы о здоровой и больной личности / В. Я. Семке. – Новосибирск : Наука, 1991. – 194 с.
292. Серповская А. А. Социально-культурная деятельность как средство реабилитации сотрудников правоохранительных органов, отслуживших в «горячих точках» : автореф. дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.05 – Теория,

- методика и организация соц.-культур. деятельности / Александра Анатольевна Серповская. – Тамбов, 2006. – 26 с.
293. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб. : Питер, 2002. – 368 с.
294. Системная семейная психотерапия : Классика и современность / Сост. и науч. ред. А. В. Черников. – М. : Класс, 2005. – 400 с.
295. Ситников А. П. Акмеологический тренинг: Теория. Методика. Психология / Алексей Петрович Ситников. – М.: Технол. шк. бизнеса, 1996. – 428 с.
296. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник / О. Ф. Скакун. – 3-тє видання. – К. : Алерта, 2012. – 524 с.
297. Скоков А. А. Формы и методы работы отделения выздоравливающих / А. А. Скоков // Сборник трудов эвакогоспиталя № 2943 и института неврологии АМН СССР за время Великой Отечественной войны 1941–45 гг. – М. : Медгиз, 1947. – С. 71–72.
298. Скрипкін О. Г. Перспективний тренінг з профілактики професійних страхів у офіцерів льотного складу / О. Г. Скрипкін // Вісник Національного університету оборони України. – 2013. – 5 (36). – С. 289–294.
299. Словарь практического психолога [Электронный ресурс] / Под ред. С. Ю. Головина. – М. : АСТ, Харвест, 1998. – 800 с. – Режим доступа : <https://psychology.academic.ru/1010/%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0>
300. Смілянець О. Корекція девіантної поведінки підлітків засобами арт-терапії [Електронний ресурс] / О. Смілянець // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України, за ред. академіка С. Д. Максименка. – К., 2009. – Режим доступу : <http://vuzlib.com/content/view/944/94/>
301. Смотров В. А. Профессиональная подготовка студентов – реабилитологов [Электронный ресурс] / В. А. Смотров, А. В. Симарова,

- Н. И. Томашевский, С. В. Нечаев. – Режим доступа : [www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=REF&P21DBN=REF&Z21ID=&Image\\_file\\_name=/articles/2006//06svatsr.zip&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=REF&P21DBN=REF&Z21ID=&Image_file_name=/articles/2006//06svatsr.zip&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1)
302. Соловьев С. А. Арт-терапия в системе комплексной психологической реабилитации семьи, пострадавшей в локальном военном конфликте [Электронный ресурс] / С. А. Соловьев // Международный научно-исследовательский журнал. – 2012. – Выпуск 4 (4). – С. 48–51. – Режим доступа: <https://research-journal.org/psychology/art-terapiya-v-sisteme-kompleksnoj-psi/>
303. Сорока К. О. Основы теорії систем і системного аналізу : Навч. посібник / К. О. Сорока. – ХНАМГ, 2004. – 291 с.
304. Сорока О. В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Ольга Вікторівна Сорока. – Тернопіль, 2016. – 534 с.
305. Сорока О. В. Формування управлінської компетентності майбутніх фахівців соціальної сфери засобами тренінгу / О. В. Сорока // Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету : збірник наукових праць. Серія «Педагогічні науки». – Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. – Вип. 36. – С. 241–246.
306. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої – К. : Центр навч. літератури, 2008. – 336 с.
307. Соціальна педагогіка: Підручник. 5-те вид. виправ. та доп. / [За ред. проф. А. Й. Капської]. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 488 с.
308. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; За заг. ред.: І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 256 с.

309. Соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах: Методичний посібник / І. Д. Зверева та ін. – К. : Держсоцслужба, 2006. – 104 с.
310. Стержнев В. В. Индивидуальный подход в воспитании воинов / В. В. Стержнев. – М. : Воениздат, 1978. – 160 с.
311. Стеченко Д. М. Методологія наукових досліджень: Підручник / Д. М. Стеченко, О. С. Чмир. – К. : Знання, 2007. – 317 с.
312. Стопин В. В. Самосознание личности / В. В. Стопин. – М., 1983. – 243 с.
313. Сурмяк Ю. Соціально-психологічна допомога учасникам бойових дій у подоланні посттравматичного стресового розладу / Ю. Сурмяк, Л. Кудрик // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2015. – № 3. – С. 123–134.
314. Танцевально-двигательная терапия : зб. наук. статей / А. Старк, К. Хендрикс ; пер. с англ. И. Бирюковой. – Ярославль, 1994. – 274 с.
315. Теория и практика деятельности социальных работников и их подготовка в системе высшей школы // Материалы международного семинара, г. Москва, 1994. – М., 1995. – С. 27–28.
316. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я : (навч.-довідк. вид.) / кол. авт. : В. Я. Білий, М. П. Бойчак, Л. А. Голик та ін. ; упоряд.: В. Я. Білий, Я. Ф. Радиш. – К. : Преса України, 2001. – 230 с.
317. Тихоненко А. А. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида / А. А. Тихоненко, Л. А. Бергельсон // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 91–102.
318. Толкнен Д. Р. О волшебных историях / Д. Р. Толкнен // Сильмариллион : сборник. – М. : АСТ ; СПб.: Terra Fantastika, 2000. – С. 419–497.
319. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс] / О. В. Тополь // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. – 2015. – Вип. 124. – С. 230–233. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP\\_2015\\_124\\_](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_)

320. Тураходжаев А. М. Влияние посттравматического стрессового расстройства на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане / А. М. Тураходжаев, Г. П. Киндрас // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1. – С. 33–36.
321. Туринцева Е. А. Факторы динамики развития семьи военнослужащего: конфликтность и толерантность [Электронный ресурс] / Елена Анатольевна Туринцева // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 10. – С. 65–66. – Режим доступа : URL: <https://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=10701>
322. Туркевич К. М. Лечение «контуженных» в армейском районе / К. М. Туркевич, С. М. Лившиц, Б. Ф. Зимовский // Советская психиатрия в годы ВОВ. – Л. : Изд. Ленингр. НИИ им. В.М.Бехтерева, 1985. – С. 89–95.
323. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи / Т. І. Туркот. – К. : Кондор, 2011. – 626 с.
324. Удинцов Е. И. Социально-гигиенические аспекты инвалидности / Е. И. Удинцов. – М. : Медицина, 1985. – 125 с.
325. Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» (Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента № 570/2015 від 05.10.2015) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015>
326. Указ Президента України № 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>
327. Уроки зменшення шкоди : Навчальний посібник [Електронний ресурс] / Л. Шульга та ін. – Режим доступу: <http://www.aidslessons.org.ua/ua/uroki/ii-uroven/117-urok-7-etichni-normi-roboti-sotsialnogo-pratsivnika.html?start=7>
328. Федак Е. И. Педагогическая реабилитация военнослужащих внутренних войск МВД России, выполнявших служебно-боевые задачи : дисс ... канд.

- пед. наук : спец. 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования / Евгений Иосифович Федак. – Москва, 2004. – 227 с.
329. Федоренко О. І. Використання ділових ігор при вивченні правових дисциплін у процесі підготовки майбутніх правоохоронців до професійної діяльності / О. І. Федоренко // Вісник Національного університету оборони України. – 2014. – 4 (41). – С. 129–134.
330. Философский энциклопедический словарь / [гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов]. – М. : Сов. энцикл., 1983. – 840 с.
331. Философский энциклопедический словарь [Электронный ресурс], 2010. – Режим доступа : [https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90)
332. Фисун А. Я. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития / А. Я. Фисун, А. М. Щегольков, В. Е. Юдин // Воен. мед. Журнал. – 2009. – Т. 330. – № 8. – С. 11–15.
333. Фримен Д. Техники семейной терапии / Д. Фримен. – СПб. : Питер, 2001. – 384 с.
334. Фурманов И. А. Основы групповой психотерапии / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. – 2004. – 165 с.
335. Хатха-йога полезна для здоровья тела и ума [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://lifegid.com/bok/1911-hatha-yoga-polezna-dlya-zdorovya-tela-i-uma.html>
336. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами / Е. И. Холостова. – М. : Дашков и К, 2006. – 240 с.
337. Холостова Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник для бакалавров / Е. И. Холостова. – Москва : Юрайт, 2012. – 905 с. – (Бакалавр. Углубленный курс).
338. Чистякова М. И. Психогимнастика / Под ред. М.И. Буянова. – 2-е изд. –

- М. : Просвещение: ВЛАДОС, 1995. – 160 с.
339. Шапран Ю. Педагогічне моделювання у процесі формування професійної компетентності майбутнього вчителя біології / Юрій Шапран // Рідна школа. – 2012. – № 12 (грудень). – С. 39–43.
340. Шарафиева Л. Р. Дары природы: практика эколо-арт-терапии по трансформации личностных барьеров в ресурсы развития [Электронный ресурс] / Лилия Раисовна Шарафиева // Альманах «АРТ&Терапия». – 2017. – (9) май. – Режим доступа: <https://www.b17.ru/blog/63845/>
341. Швейцер А. Упадок и возрождение культуры / А. Швейцер. – М. : Прометей. – 1993. – 512 с.
342. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: [Монографія] / А. Г. Шевцов. – К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. – 240 с.
343. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я / А. Г. Шевцов // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету : Серія соціально-педагогічна. – 2006. – Випуск VI. – С. 337–342.
344. Шевченко В. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В. В. Шевченко, А. А. Руденко // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. – 2014. – Вип. 2.12. – С. 239–243.
345. Шестопалова Л. Ф. Дослідження системи оцінок лікарів відносно терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Український вісник психоневрології. – 2008. – Том 16, вип. 2 (55). – С. 74–76.
346. Шестопалова Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50), додаток. – С. 249–254.



347. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навч. посіб. / В. П. Шпак. – Полтава : АСМІ, 2006. – 328 с.
348. Щедровицкий Г. П. Организационно-деятельностная игра как новая форма организации и метод развития коллективной мыследеятельности / Г. П. Щедровицкий, С. И. Котельников // Нововведения в организациях. – М. : ВНИСИ, 1983. – С. 33–53.
349. Щедровицкий Г. П. Структурный анализ и моделирование сложных систем. В кн.: Проблемы исследования систем и структур / Г. П. Щедровицкий. – М. : Мысль, 1965. – С. 15–22.
350. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 672 с.
351. Энциклопедия социологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/socio/4285/%D0%A2%D0%A0%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%9D%D0%93>
352. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО / Л. Якубова // Молодь і ринок. – 2017. – № 5 (148). – С. 50–54.
353. Якушкин Н. В. Психологическая помощь воинам–«афганцам» в Реабилитационном Центре Республики Беларусь / Н. В. Якушкин // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 5. – С. 102–105.
354. EMDR-терапия (14 важных вопросов вокруг ДПДГ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.traumatherapy.com.ua/content/emdr-terapiya-14-vazhnyh-voprosov-vokrug-dpdg>
355. Bove A. A. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm / A. A. Bove, S. J. Oxler // Military Medicine. – 1995. – № 8. – pp. 391–395.
356. Bredemeier Greenblat. Educational Effectiveness of Simulation Games II Simulation and Games, 1981. – V.12. – № 3. – pp. 251–332.

357. Bryndikov Y. (2017), The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants, *Social Work and Education*, Vol. 4, No 1., pp. 112–118.
358. Burne D. (ed.) *Communication Games. – English Language Teaching Institute : The British Council. – May, 1978.*
359. Calhoun L. G., & Tedeschi R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L.G. Calhoun, & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
360. Cannon W. B. *The wisdom of the body. – N. Y. : W. W. Norton, 1932. – 312 p.*
361. Christopher M. A. *A broader view of trauma : a biopsychosocial – evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth / M. Christopher // Clinical Psychology review. – 2006. – Vol. 24. – pp. 75–98.*
362. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. – 4th ed. Washington : Amer. Psychiatr. Ass., 1994. – 886 p.*
363. Dorfman E. *Play therapy In C.R Rogers (Ed) Client – centered therapy. – Boston : Houghton Mifflin, 1951. – 348 p.*
364. Gambardella L. (2008). Role-exit theory and marital discord following extended military deployment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 3, pp. 169 – 174.
365. Green B. et al. *Posttraumatic Stress Disorder. Toward DSM-IV. – Journal of Neuros and Mental Disease, 1985, Vol. 173, No. 7. – pp. 406–411.*
366. Grinker R. *War neuroses / R. Grinker, I. Spigel. – Philadelphia – Toronto, 1945. – P. 114.*
367. Grinker R., Spiegel J. *Men Under Stress – Philadelphia, 1945. – pp. 86–106, 210.*
368. Hall D. P. *Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy / D. P. Hall // Military Medicine. – 1996. – № 3. – pp. 159–162.*

369. International Handbook of Occupational Therapy Interventions / Ed. by Söderback Ingrid. – Springer, 2009. – 553 p.
370. Joseph S., Linley P.A. (2004) Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review // Journal of Traumatic Stress, Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.
371. Joseph S., Linley P.A. (2006) Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice // Clinical Psychology Review, 26, pp. 1041–1053.
372. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. – N. Y., 1941.
373. Kishbaugh D. Amputee soldiers and their return to active duty / D. Kishbaugh, T. R. Dillingham R. S. Howard // Military Medicine. – 1995. – № 2. – p. 82–84.
374. Knight C., & Gitterman A. (2014). Group Work with Bereaved Individuals: The Power of Mutual Aid. Social Work, 59(1), pp. 5–12.
375. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Heaedus [Electronic resource] // Croat. Med. J. – 2010. – Vol. 51(5). – pp. 432–442. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> - Title from a screen.
376. Kozijavkin Volodymyr, Kachmar Oleh. Rehabilitation with the Ease of a Game. Cerebral Palsy Magazine, September 2004. – pp. 30–34.
377. Laufer R. S. War Trauma and Human Development: The Viet Nam Experience II Sonnenberg, S.M., Blank, A.S., Talbott, J.A. The Trauma of War: Stress and Recovery in Viet Nam Veterans. – Washington, 1985. – pp. 33–55.
378. Lazarus R. S., Launier S. Stress – related transactions between person and environment / L.A. Pervin, M. Levis (Eds.)// Perspectives in interactional psychology. – N.Y. : Plenum, 1978. – pp. 287–327.
379. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. – Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986.

380. Lifton R. J. *Advocacy and Corruption in the Healing Profession II Stress Disorders Among Vietnam Veterans II* Ed. by C. R. Figley. – 1978. – № V.
381. Margalit Ch. *Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach* / Ch. Margalit, S. Rabinovich, T. Erion, Z. Solomon, J. Ribak // *Military Medicine*. – 1994. – № 5. – pp. 415–418.
382. May R. *The meanings af anxiety*. – N. Y. : Pokec Bocks, 1978. – 423 p.
383. Papadopoulos R. K. *Refugees, home and trauma*. In *Therapeutic Care for Refugees. No Plac e Like Home* / edited by R. K. Papadopoulos. – London : Karnac, 2002. – (Tavistock Clinic Series). – 356 p.
384. *Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leadina to Certification in Palliative Medicine* [Electronic resource] // Milano, EAPC, 2009. – 44 p. – Access mode : <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d>. - Title from a screen.
385. Rosenberg Marschall B. *Umgang mit Angriffen von aggressiven Gesprächspartnern* [Electronic resource]. Available at: <http://arbeitsblaetter.stangl6taller.at>
386. Salmon T. W. *Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army*. *Mental Hygiene*. 1917; 1:509–547.
387. Sheppard S., Malatras, J., & Israel, A. (2010). *The impact of deployment on U.S. military families*. *American Psychologist*, 65, 6, 599-609. DOI: 10.1037/a0020332.
388. Skurfield R. M. *Post-trauma stress Assessment and Treatment Overview and Formulations*// Figley C. R. *Trauma and Its Wake*, - Washington, 1985. – pp. 263–291.
389. Sories F., Maier C., Beer A., & Thomas V. (2015). *Addressing the Needs of Military Children Through Family-Based Play Therapy*. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(3). – pp. 209–220. doi:10.1007/s10591-015-9342-x
390. Sullivan K. (2015). *An Application of Family Stress Theory to Clinical Work*

- with Military Families and Other Vulnerable Populations. *Clinical Social Work Journal*, 43(1). – pp. 89–97. doi:10.1007/s10615-014-0500-7
391. Susan B. *Physicalrehabilitation: assessment and Treatment* / B. Susan, O’Sullivan, J. Thomas, Schmitz. – Philadelphia F. A. Davis Company, 1994. – 748 p.
392. Tedeschi R. G., & Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15. – pp. 1–18.
393. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // *Eur. J of Palliative Care*. – 2010. – Vol. 17 (1). – pp. 22–33.
394. Williams C. M. *Family Therapy of Viet Nam Veterans* / C. M. Williams, T. Williams // *The Trauma of War*. Ed. by S. Sonnenberg. – Washington, 1985. – pp. 196–199, pp. 206–208.
395. Wilson J. P. Conflict, stress and growth: The effects of war on psychosocial development among Vietnam veterans // C. R. Pigley, Leventman (Eda). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. – K. V., 1980. – P. 127.
396. *War Zone Stress Among Returning Persian Gulf Troops: A Preliminary Report*. – Department of Veteran Affairs, 1991. – pp. 1–11.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Показання до проведення психологічної реабілітації

##### військовослужбовців (за О. Кокуном [169])

1. Зниження адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні або інші негативні результати, що виявляються під час проведення психологічного обстеження з використанням тестів.
2. Збільшення астенічних симптомів – відчуття утомленості, швидка стомлюваність, зниження когнітивних функцій і (або) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна діяльність.
3. Прогресуюча інтравертація (замкнутість, бажання усамітнитись, обмеження кола спілкування з близькими товаришами, родичами), зниження інтересу до раніше значимих прив'язаностей, захоплень.
4. Невмотивована і невластива для військовослужбовця підвищена соціальна або інша активність (екстравертація) в період виконання завдань або після прибуття з району виконання завдань за призначенням у поєднанні з нестійким настроєм.
5. Суб'єктивна оцінка самим військовослужбовцем погіршення самопочуття із вказівкою на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, які з'явилися в період або безпосередньо після прибуття з району виконання завдань, при цьому зберігається позитивна установка на продовження служби в підрозділі після періоду відпочинку.
6. Ознаки підвищення рівня психологічної дезадаптації, які виявляються в зниженні якості і об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, у тому числі повсякденних обов'язків, при помітному бажанні військовослужбовця виконати доручене.

**Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання двох або більше негативних ознак:**

1) Перенесені безпосередньо у момент загрози короточасні гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості («ступору») або збудження («паніки») незалежно від наслідків виходу із вказаних станів.

2) Тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання психотравмувальних подій і фіксація на них, у тому числі відображена в снах, у розмовах з товаришами по службі і родичами або виявлена в ході медичного обстеження; порушення сну, що позначаються на самопочутті, працездатності і вимагають незначного медикаментозного корегування.

3) Підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна характерологічних особливостей і особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціальної і службової адаптації, при яких зберігаються критичне ставлення і можливість контролювати свою поведінку з боку самого військовослужбовця.

4) Вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у вигляді: порушень серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, нападів запаморочення або головних болів, відчуття нудоти, браку повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів в різних частинах тіла або в області внутрішніх органів з відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних за органічну патологію.

5) Зниження маси тіла на 15 % і більше від контрольних показників зважування перед убуванням у відрядження.

6) Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються (більше трьох діб), а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

7) Болі після фізичних навантажень в кінцівках і хребті, мігруючі болі і (або) м'язові спазми в окремих групах м'язів, що зберігаються протягом довгого часу (більше трьох діб) за відсутності об'єктивних даних за патологію.

8) Больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що не викликають стійкого порушення функції і без ознак розвитку органічних змін в місцях пошкоджень або органах.

9) Стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високогір'я, тривале перебування у вимушеному положенні тощо).



## Додаток Б

## Опитувальник для первинного скринінгу ПТСР [169]

## Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

– Так – Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

– Так – Ні

3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

– Так – Ні

4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

– Так – Ні

5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

– Так – Ні

6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?

– Так – Ні

7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?

– Так – Ні

Чотири і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР. В такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику респондента на наявність ознак ПТСР.

## Додаток В

**Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала  
самооцінки депресії [169]**

Реєстраційний бланк

П.І.Б. \_\_\_\_\_

(повністю)

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)».

<b>Прояви</b>	<b>Не турбувал и взагалі</b>	<b>Протяго м декілько х днів</b>	<b>Більше половин и</b>	<b>Майже кожного дня</b>
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3

Продовження табл.

Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
<b>Сума</b>				
			<b>Загальний бал</b>	
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?				Зовсім не ускладнили  Дещо ускладнили  Дуже ускладнили  Надзвичайно ускладнили

### Інтерпретація результатів

Критерії оцінки результатів PHQ-9<sup>1</sup>

Загальний бал тяжкості депресії:

---

<sup>1</sup> Бал  $\geq 10$  є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

- 0–4 – депресія відсутня;
- 5–9 – легка («субклінічна») депресія;
- 10–14 – помірної тяжкості депресія;
- 15–19 – середньої тяжкості депресія;
- 20–27 – тяжка депресія.

## Додаток Г

## Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)

## Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень».

Твердження	Ніколи	Рідко	іноколи	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося				
2. Я не міг спокійно спати вночі				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним				

Продовження табл.

8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь				

Продовження табл.

19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося				

## «Ключ»

1. Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.
2. Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.
3. Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

## Обробка та інтерпретація результатів:

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється:

- «ніколи» – 0 балів;
- «рідко» – 1 бал;
- «іноді» – 3 бали;
- «часто» – 5 балів.

### Анкета «Стрес-фактори»

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значимому – ранг 1».

№	Назва фактору	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	
4	Побоювання, страх власної загибелі	
5	Поранення, контузії, каліцтва	
6	Погані гігієнічні умови	
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки	
8	Помилки командування	
9	Стресори сімейного життя	
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)	
11	Сексуальна дисгармонія	
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах	
13	Незадоволеність у матеріальних потребах	



Продовження табл.

14	Страх полону	
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень	
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)	
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому	
19	Монотонність умов, які оточують	
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)	
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	
22	Контакт зі значною кількістю поранених	
23	Вигляд трупів, крові	
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту	
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина	
26	Запахи газів, трупів та ін.	
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії	
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби	
29	Неможливість змінити умови свого існування	
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти	

## Додаток Е

## Тест «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим)

Вашій увазі представлено тест, який дає змогу оцінити ступень вашої власної конфліктності. Тест містить шкалу, яка буде використовуватися вами для самооцінки за десятьма парами тверджень. Виконання його зводиться до наступного. Ви оцінюєте кожне твердження лівої і правої колонки. При цьому відмічаєте кружком, на скільки балів у вас проявляється властивість, яка представлена в лівій колонці. Оцінку слід проводити за 7-ми бальною шкалою. При цьому 7 балів означає, що характеристика, яку ви оцінювали, властива Вам завжди, а 1 бал вказує на те, що ця властивість не проявляється у Вашому характері зовсім.

№	Твердження	Бали	Твердження
1	Рветесь в конфліктну суперечку	7 6 5 4 3 2 1	Ухиляєтеся від конфліктної суперечки
2	Свої висновки супроводжуєте різким тоном	7 6 5 4 3 2 1	Свої висновки супроводжуєте винуватим тоном
3	Вважаєте, що досягнете свого, якщо будете дуже активно протестувати.	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що якщо будете дуже сильно протестувати то не досягнете зовсім нічого
4	Не звертаєте уваги, що оточуючі не сприймають ваші аргументи	7 6 5 4 3 2 1	Погоджуєтесь, коли бачите, що інші не сприймають доводів
5	Спірні питання обговорюєте в присутності свого опонента	7 6 5 4 3 2 1	Розмірковуєте над спірними питаннями у відсутності свого опонента
6	Вам не важко, коли ви попадаєте у напружену ситуацію	7 6 5 4 3 2 1	В напруженій ситуації ви відчуваєте себе не в своїй тарілці
7	Вважаєте, що в суперечці варто показати свій характер	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що в суперечці не варто демонструвати свої емоції
8	Не програєте у суперечках	7 6 5 4 3 2 1	Поступаєтесь в суперечках
9	Вважаєте, що люди легко виходять із конфліктів	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що люди з трудом виходять із конфліктів
10	Якщо ви зриваєтесь, то вважаєте, що без цього не можна	7 6 5 4 3 2 1	Якщо ви зриваєтесь, то пізніше відчуваєте почуття провини

### Оцінка результатів

На кожній лінійці відмітьте оцінки по балах і побудуйте свій графік. Відхилення від середини означає схильність до конфліктності, а відхилення вправо буде вказувати на схильність до уникнення конфліктів.

Підрахуйте загальну кількість балів. Якщо сума дорівнює 70 балів, то це означає, що Ви маєте дуже високу конфліктність, 60 балів – вам властива висока конфліктність, 50 – у вас виражена конфліктність, число балів 10–15 характеризує вас як людину, яка схильна уникати конфліктів.

## Додаток Ж

**Клінічне інтерв'ю за Р. Скерфілдом і А. Бланком**

1. Обставини життя до армії.
2. Обставини призову в армію.
3. Військова підготовка до служби в зоні бойових дій (ЗБД).
4. Служба в ЗБД:
  - отримання звістки про направлення в ЗБД;
  - вибуття з країни;
  - прибуття в ЗБД;
  - військова спеціальність і службово-бойові завдання, що виконувалися в ЗБД;
    - основні місця служби в ЗБД і хронологія;
    - зміни в званні і посаді;
    - відношення з керівництвом;
    - бойові дії;
    - особливості служби тих, хто не брав участі в бойових діях;
    - участь у головних операціях;
    - служба поза зоною бойових дій;
    - відношення з місцевим населенням;
    - зміни у ставленні до служби й поведінці в армії;
    - ставлення до унікальних особливостей війни;
    - стреси і конфлікти на національному ґрунті;
    - специфічні психотравмувальні події;
    - позитивні переживання, пов'язані зі службою в ЗБД;
    - вживання алкоголю і наркотиків;
    - можливість відпочинку і відновлення сил;
    - чи мали місце випадки відряджень додому;
    - моральні й ціннісні конфлікти, зумовлені специфічними особливостями війни;

- особливості служби в період, близький до повернення на батьківщину;
  - підготовка до повернення;
  - повернення на батьківщину.
5. Обставини звільнення в запас, нагороди, пільги, відзнаки тощо.
  6. Особливості післявоєнної адаптації.

**Додаток 3****Поради для військовослужбовців учасників бойових дій щодо виходу зі стресу**

1) Хвилинна релаксація. Розслабте куточки рота, зволожите губи, розслабте плечі. Зосередьтеся на виразі свого обличчя і положенні тіла. Пам'ятайте, що вони відображають ваші емоції, думки, внутрішній стан. Цілком природно, що ви не хочете, щоб навколишні знали про ваш стресовий стан. У цьому випадку ви можете змінити вираз обличчя шляхом розслаблення м'язів.

2) Уважно огляньте приміщення, у якому ви знаходитесь. Повільно, не кваплячись, подумки знайдіть у ньому 7 червоних предметів, постарайтеся цілком зосередитися на цьому. Говоріть подумки самі собі: «Червона обкладинка зошита, червоні чашки, червона ваза для квітів» тощо. Або просто, переводячи погляд, подумки опишіть оточуючі вас предмети: «Коричневий стіл. Білий папір» тощо. Зосереджуючись на кожному окремому предметі, ви відволікаєтесь від внутрішнього стресового напруження, скеровуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього оточення.

3) Використайте будь-яку можливість, щоб змочити чоло, скроні та артерії на руках холодною водою.

4) Зміна оточення. Якщо дозволяє ситуація, залишіть приміщення, в якому у вас виник гострий стрес. Перейдіть до іншого, де нікого немає, вийдіть на вулицю, де ви зможете залишитися наодинці зі своїми думками. Розгляньте подумки приміщення (якщо ви вийшли на вулицю – то будинки, природу тощо).

5) Наберіть воду у чашку і повільно, зосереджено випийте її. Зосередьте увагу на відчуттях у той момент, коли ковтаєте воду.

6) Уявіть себе в приємному середовищі – на пляжі, у ванні, в лісі тощо.

7) Щоб швидше нормалізувати емоційний стан, необхідно дати собі посилене фізичне навантаження (20-30 присідань, біг на місці, підйом на 3-4 поверх).

8) Існує багато механізмів фізіологічної розрядки, які позитивно впливають на людину. Зовні вони проявляються у вигляді сліз, сміху, бажанні вдарити, виговоритися тощо. Не треба стримувати їх.

9) Почуття роздратування, агресії можна зняти за допомогою фізичної розрядки: зробити декілька ударів ногою по уявному предмету, «побоксувати подушку», «випустити пару».

10) Якщо у вас на даний момент немає можливості з кимось поговорити, ви можете самостійно покращити свій стан таким чином: розкажіть про те, що вас хвилює, самому собі. Сядьте зручніше перед дзеркалом і поговоріть самі із собою. Розкажіть про все, що з вами сталося, і спробуйте проаналізувати те, що трапилось. Говоріть самі із собою доти, доки все, що вас хвилює, не буде промовлено вголос і ви не відчуете полегшення.

11) Можна перенести всі свої хвилювання на папір. Напишіть собі листа. Довірте все, що відчуваєте і думаєте. Цей спосіб має перевагу у тому, що письмова мова коротша та логічніша. Під час описування ситуації в листі, розуміння проблеми настає швидше, ніж під час розмови. Лист можна відразу знищити або сховати й перечитати, коли вас знову почнуть хвилювати травматичні події. Ви згадаєте свій стан і зрозумієте, що зможете з ним упоратись, як і минулого разу.

12) Інший спосіб – «порожній стілець». Уявіть, що на ньому сидить людина, яка образила вас, висловіть їй свої почуття. Зараз ви можете сказати все, що хочете.

13) Відволікання. Займіться якою-небудь діяльністю – все одно якою: почніть прати білизну, мити посуд чи прибирати. Секрет цього способу простий: будь-яка діяльність, і особливо фізична праця, у стресовій

ситуації виконує роль громовідводу, допомагає відволіктися від внутрішнього напруження, «випустити пару».

14) Математика. Візьміть калькулятор чи папір, олівець і спробуйте підрахувати, скільки днів ви живете (число повних років помножте на 365, додаючи по одному дні на кожний високосний рік, додайте кількість днів, що пройшли з останнього дня народження). Така раціональна діяльність дасть можливість переключити свою увагу. Постарайтеся згадати який-небудь особливо примітний день вашого життя. Згадайте його до дрібниць, нічого не пропускаючи. Спробуйте підрахувати, яким був цей день вашого життя.

15) Переключення. При надмірному збудженні в корі головного мозку утворюється домінуюче збудження, яке наділене здатністю підпорядковувати собі всю діяльність організму, всі вчинки та думки людини. Отже, для заспокоєння його треба ліквідувати або створити конкуруюче. Чим більше захоплююча діяльність, тим легше його створити. Згадайте приємну подію із власного життя, уявіть, що ця подія повторилася і ви знаходитесь в такому ж стані. Зробіть таке саме обличчя, посмішку, поставу, відчуйте цей стан всім тілом.

16) Спілкування. Поговоріть на яку-небудь сторонню тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч – сусідом, товаришем, колегою. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте своєму другові. Це свого роду відволікаюча діяльність, що здійснюється «тут і зараз» і покликана витиснути з вашої свідомості внутрішній діалог, насичений стресом.



## Додаток I

**Модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера**

Оцініть, будь ласка, ступінь вашої згоди з такими твердженнями:

Твердження	Згоден	Скоріше згоден	Скоріше не згоден	Не згоден
1. Я людина нервова	1	2	3	4
2. Я дуже турбуюсь про своє навчання	1	2	3	4
3. Я часто відчуваю нервове напруження	1	2	3	4
4. Моя повсякденна діяльність викликає в мене значне напруження	1	2	3	4
5. Коли я спілкуюсь з людьми я часто відчуваю нервове напруження	1	2	3	4
6. Наприкінці дня я цілком виснажений фізично та психічно	1	2	3	4
7. У моїй родині часто виникають напружені стосунки	1	2	3	4

В процесі обробки даних підраховується сума балів за всіма 7 пунктами, яка потім ділиться на 7. Цей середній бал віднімається від 4-ох. В результаті визначається показник психосоціального стресу, який може варіювати від 0 до 3 балів. В залежності від цього показника визначається рівень психосоціального стресу, який може бути низьким, середнім та високим.

**Норми рівнів психосоціального стресу для чоловіків та жінок**

Рівень стресу	Середній бал	
	Чоловіки	Жінки
Високий	2,00 – 3,00	2,18 – 3,00
Середній	1,00 -1,99	1,18 – 2,17
Низький	0,00 – 0,99	0,00 – 1,17

Високий рівень стресу вказує на нестійкість психоемоційного стану

нервові напруження, роздратованість, психофізіологічну виснаженість, надмірну стурбованість та занепокоєність.

Середній рівень стресу засвідчує помірну наявність симптомів стресового стану.

Низький рівень стресу засвідчує стабільність психоемоційного стану, високий енергетичний потенціал та відсутність надмірної особистісної тривожності та нервового напруження.

## Додаток К

## Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко

*Інструкція:* Дайте відповіді на подані нижче твердження, обведіть відповідну цифру. Чим більш щирими будуть Ваші відповіді, тим більш об'єктивним буде отриманий результат.

№	Твердження	Рідко-1	Іноді-2	Часто-3
1.	Я думаю, що мене недооцінюють у колективі			
2.	Я прагну працювати, навіть якщо буваю не зовсім здоровий			
3.	Я постійно переживаю за якість своєї роботи			
4.	Я буваю налаштований агресивно			
5.	Я не терплю критики на свою адресу			
6.	Я буваю дратівливий			
7.	Я прагну бути лідером там, де це можливо			
8.	Мене вважають людиною наполегливою і цілеспрямованою			
9.	Я погано сплю			
10.	Своїм недругам я можу дати відсіч			
11.	Я емоційно хворобливо переживаю невдачі			
12.	У мене не вистачає часу на відпочинок			
13.	У мене виникають конфліктні ситуації			
14.	Мені бракує влади, щоб реалізувати себе			
15.	У мене не вистачає часу, щоб зайнятися улюбленою справою			
16.	Я усе роблю швидко			
17.	Я відчуваю страх, що не поступлю до інституту			
18.	Я дію зопалу, а потім переживаю за свої вчинки			

Обробка даних: Підрахуйте сумарну кількість балів і визначте рівень Вашої стресостійкості.

Рівень стресостійкості:

- 51–54 – дуже низький;
- 53–50 – низький;
- 4–46 – нижче середнього;
- 45–42 – трохи нижче середнього;
- 41–38 середній;
- 37–34 ледве вище за середній;
- 33–30 вище за середній;
- 29–26 високий;
- 18–22 дуже високий.

Чим менша сумарна кількість балів, тим вища стресостійкість, і навпаки. Якщо у досліджуваного 1-й і навіть 2-й рівень стресостійкості, то йому необхідно кардинально змінювати свій спосіб життя.