

Ю. Л. Бриндіков

**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ
ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ З КОМБАТАНТАМИ**

Навчально-методичний посібник

Хмельницький 2018

УДК : 615.8 : 355.292 (075.8)

ББК : 53.54я7

Б 87

Бриндіков Ю. Л.

Б 87 Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : навч.-метод. посіб. / Ю. Л. Бриндіков. – Хмельницький, 2018. – 165 с.

Рецензенти

Поліщук В. А. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка;

Романишина Л. М. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії;

Чайковський М. Є. – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри соціальної роботи, ректор Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна».

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

Затверджено на засіданні кафедри соціальної роботи і соціальної педагогіки (Протокол № 8 від 18. 12.2017)

Рекомендовано до друку Вченою радою Хмельницького національного університету (Протокол № від 25 січня 2018 року)

У методичному посібнику представлено теоретико-методологічні та практичні аспекти організації реабілітаційної діяльності з такої категорією клієнтів як комбатанти – військовослужбовці, які приймали участь у військових діях. Рекомендується для студентів напрямів підготовки «Соціальна робота» і «Практична психологія», а також для фахівців соціальної сфери, що проводять реабілітаційну діяльність.

ЗМІСТ

<i>Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІМИ ФАХІВЦЯМИ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ</i>	4
1.1. Сутність та характеристика реабілітаційної діяльності	4
1.2. Мультидисциплінарний підхід до організації реабілітаційної діяльності	15
1.3. Загальнонаукові підходи та принципи організації реабілітаційної діяльності в Україні	27
<i>Розділ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ</i>	43
2.1. Висвітлення сутності та змісту реабілітаційної діяльності з військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях	43
2.2. Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної діяльності з комбатантами в Україні	55
2.3. Методологічні характеристики реабілітаційної роботи з військовослужбовцями закордоном	69
<i>Розділ 3. ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З КОМБАТАНТАМИ</i>	90
3.1. Шляхи проведення соціальної, педагогічної, акмеологічної, медичної та психологічної реабілітації комбатантів	90
3.2. Організаційні аспекти реабілітації комбатантів з урахуванням сучасних інновацій	114
3.3. Практичні поради та діагностичні методики для ефективної реалізації реабілітаційної діяльності з комбатантами	126
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	156

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІМИ ФАХІВЦЯМИ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ

1.1. Сутність та характеристика реабілітаційної діяльності

На сьогоднішній день одним із центральних завдань вищих навчальних закладів є формування особистості професіонала, який ще під час навчання отримав увесь арсенал теоретичних знань та практичних умінь і навичок, які допоможуть йому досягнути соціально-обумовлених професійних результатів. Нашій країні потрібні соціальні фахівці, які уміють ефективно виконувати увесь спектр своїх професійних обов'язків. У зазначеному контексті повністю поділяємо позицію Л. Міщик [97] стосовно того, що професіоналом можна вважати такого фахівця, який відповідає професійним вимогам, нормам, стандартам, еталонам професії, усвідомлює її значимість у суспільстві та свідомо налаштований на професію, володіє особистісними та професійними якостями; досягає бажаних для суспільства результатів із соціальної допомоги, адаптації та реабілітації; використовує сучасні, ефективні методи, прийоми, технології з метою надання соціальних послуг; проявляє соціальну активність у професійній діяльності.

Основними системотвірними елементами професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери у ВНЗ, на думку В. Поліщук [121], мають бути: потреби українського суспільства; мета, зміст та інноваційні технології соціальної та соціально-педагогічної діяльності; вимоги, які ставлять самі клієнти; необхідність у формуванні у фахівців високого рівня професійної компетентності до реалізації професійної діяльності, а також професійно обумовлених особистісних якостей. Формування професійної компетентності фахівців соціальної сфери нині набуває вагомого значення через зростаючий рівень запитів, які ставлять клієнти. Очевидним є той факт, що з кожним десятиліттям потреби суспільства до майбутніх фахівців соціальної сфери –

змінюються, зростає кількість професійних функцій, які мають навчитися реалізовувати студенти психолого-педагогічних факультетів, істотно збільшується рольовий спектр їхніх професійних обов'язків.

Відзначимо, що у нормативних документах, які висвітлюють зміст професійної діяльності соціального фахівця, описані завдання, функції, загальні вимоги до теоретичних знань, особистісних якостей і практичних умінь та навичок. Так, до основного переліку професійних функцій відносять: профілактику, адаптацію, реабілітацію, корекцію тощо та ін. Аналізуючи наукові публікації провідних фахівців у соціальній педагогіці (О. Безпалько, А. Капська, Л. Міщик, В. Поліщук, І. Трубавіної С. Харченко та ін.) та соціальній роботі (В. Бочарова, І. Зверєва, І. Козубовська, Г. Лактіонова та ін.) було встановлено, що серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери реабілітація посідає доволі значні позиції.

Сучасний стан українського суспільства пов'язаний з комплексом різноманітних факторів економічного, політичного, демографічного і духовного характеру, що негативно впливають на людей. Як наслідок, доволі часто пересічні громадяни не можуть самотужки впоратися із тими проблемами, у яких вони з об'єктивних та суб'єктивних причин опиняються. У підсумку – потрібна кваліфікована реабілітаційна діяльність високопрофесійного фахівця, що здійснюється у спеціальних реабілітаційних центрах.

На основі аналізу наукових джерел можемо констатувати той факт, що вченими не повною мірою вивчені питання, пов'язані із практичними механізмами формування готовності майбутніх фахівців соціальної сфери до роботи у реабілітаційних центрах. З огляду на зазначене, потребують більш ґрунтовного дослідження процеси педагогічного моделювання реабілітаційної діяльності у цілому.

Сучасна економічна та політична ситуація в Україні призвели до суттєвого зниження життєвого рівня переважної більшості населення,

спричинили зростання безробіття і неповної зайнятості, а відповідно призвели до поглиблення поляризації суспільства за життєвим рівнем, ослаблення виховної ролі сім'ї, загострення проблеми дитячої безпритульності та бездоглядності. Аналіз останніх досліджень і публікацій засвідчує, що у нашій країні лише починає формуватися система соціальних структур, які займаються реабілітаційною діяльністю. На порядок денний постало й питання професійної підготовки кадрів до реабілітаційної діяльності.

У процесі дослідження встановлено, що *реабілітація*, що в перекладі з латинської мови означає відновлення, має широке змістовне розуміння і вживається практично у всіх сферах діяльності людини [120, с. 45]. Так, реабілітація у Енциклопедії для фахівців соціальної сфери під редакцією І. Зверєвої трактується як «комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок змін стану здоров'я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації та ін., які супроводжуються стійкими розладами функцій організму» [58, с. 168].

У міжнародній реабілітології існує термін «якість життя», який пов'язаний зі станом здоров'я. Його розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. ВООЗ пропонує оцінювати «якість життя» за такими параметрами:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значимість, професіоналізм;

- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густьозаселеність);
- духовність і особистісні переконання [129, с. 4].

З'ясовано, що концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, є системою 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. Одним з першочергових завдань Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних систем охорони психічного здоров'я, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я.

Українськими науковцями у 2017 р. запропоновано таке узагальнене трактування реабілітації, як «система державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності постраждалих і на якнайшвидше їх повернення у суспільство й до суспільно корисної праці» [129, с. 8]. Поділяємо позицію В. Шпака [169] стосовно того, що реабілітація 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. Як доводить З. Шевців «для відновлення особистісних ресурсів клієнта або їх компенсацією застосовується інтегральна технологія – реабілітація» [166, с. 77].

Узагальнюючи наголосимо, що з методологічної точки зору реабілітація (відновлення) має широке змістовне розуміння і вживається практично у всіх сферах діяльності людини. У найбільш загальному трактуванні, реабілітація охоплює динамічну систему взаємопов'язаних медичних, психологічних і

соціальних складових, які спрямовані не лише на відновлення та збереження здоров'я та соціального статусу особистості в соціумі.

Тобто, реабілітацію розглядаємо у якості окремого виду соціальної діяльності спеціально уповноважених органів держави, соціальних служб, об'єднань громадян та інших соціальних інститутів, яка безпосередньо спрямована на здійснення організаційних, економічних, правових, культурних, освітніх, лікувальних, оздоровчих та інших соціальних заходів щодо відновлення фізичного стану, честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення.

Насамперед, ми виходили з тих перспектив, що надання реабілітаційної допомоги клієнтам фахівцями соціальних служб повинна базуватися на: професіоналізмі, невідкладності, простоті, наступності, надійності, індивідуальності [95, с. 36]. Як доводить Т. Мосійчук, неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Та якими б сприятливими не були умови, результати соціальної реабілітації залежать від багатьох обставин, а також від професіоналізму фахівців, які допомагатимуть особистості змінюватись [99, с. 80].

Актуальність надання фахівцями соціальних служб реабілітаційної діяльності визначається необхідністю реалізації: Законів України («Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії», «Про соціальні послуги», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»), Наказу Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» [55] та інших нормативно-правових актів, що регулюють правовідносини у цій сфері, та міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

У процесі дослідження було з'ясовано, що загальні аспекти організації реабілітації представлені у роботах Л. Вакуленка, Т. Добровольської, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та ін. Доволі ґрунтовно нині вивчені правові аспекти у сфері реабілітації осіб з особливими потребами у наукових публікаціях В. Андреева, Я. Безуглої, Н. Болотіної, А. Єгорова, П. Пилипенка, Л. Шумної та інших.

Під час вивчення означеного кола питань, ми прийшли до усвідомлення того, що *інституційно* реабілітація здійснюється в різноманітних соціально-медичних закладах, а саме: кризових центрах, центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації; спеціалізованих реабілітаційних центрах; військових госпіталях, притулках, лікувальних і спеціалізованих закладах. Реабілітація є наступним етапом після адаптації й виступає активізуючим чинником у відновленні особистості в соціальному середовищі. Тобто, можемо констатувати, що реабілітація є доволі складним та довготривалим процесом, який має здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців під керівництвом соціального працівника.

Загалом науковці стверджують, що кінцевою *метою* реабілітаційної діяльності є досягнення максимальної інтеграції усіх клієнтів у соціум.

Як доводить А. Капська, під час реалізації реабілітаційної діяльності фахівець повинен враховувати різні *аспекти*:

- загальний потенціал соціуму (держава, громадськість, соціальні інститути);
- сферу потенційної реабілітації (розкриття реабілітаційного потенціалу);
- специфічну професійну діяльність;
- зовнішні умови (виховний, соціально-педагогічний потенціал освітніх інститутів) [143, с. 180–181].

Доволі вагомим аспектом для якісної організації та компетентного проведення реабілітації є дотримання загальних принципів, на яких вона має базуватися. До цих *принципів* віднесено:

– принцип єдності діагностики та корекції (відображає цілісність надання реабілітаційних послуг; початок реабілітації має узгоджуватися з комплексним діагностичним обстеженням, на основі якого формулюється первинний висновок про рівень проблем особи та визначаються цілі та завдання реабілітаційної діяльності);

– принцип опори на провідну діяльність (передбачає, що реабілітація повинна відповідати провідній діяльності особи та відповідати її віковим характеристикам);

– принцип розвитку (базується на створенні кожній особі таких умов, у яких вона зможе максимально реалізувати усі свої можливості та здібності);

– принцип опори на позитивні та сильні сторони особистості (ґрунтується на тому, що кожна особа прагне до самовдосконалення, яке необхідно підсилити та адекватно змотивувати);

– принцип психологічної комфортності (передбачає створення в соціально-реабілітаційному процесі доброзичливої атмосфери).

У науковій літературі виокремлюють такі види реабілітації, як: медичну; фізичну; психологічну; соціальну; педагогічну; професійну. Найчастіше соціальні працівники реалізують соціальну реабілітацію. Констатуємо відсутність єдиного підходу до трактування наукової дефініції «*соціальна реабілітація*».

Беручи до уваги той факт, що наукова дефініція «соціальна реабілітація» є провідною у нашому дослідженні, насамперед доцільно розглянути її сутність. Зокрема, у Законі України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» [53] відзначено, що соціальна реабілітація – вид соціальної роботи, спрямованої на відновлення основних соціальних функцій, психологічного, фізичного, морального здоров'я, соціального статусу сімей, дітей та молоді.

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «соціальна реабілітація». Так, І. Зверева, Л. Коваль та С. Хлеюнік наполягають на тому, що соціальна реабілітація – це окремий вид соціальної діяльності. У баченні А. Капської, Т. Лях та Є. Холостової соціальна реабілітація охоплює комплекс заходів. У напрацюваннях Р. Овчарової, Т. Поддубної соціальна реабілітація розглядається як процес, спрямований на відновлення. Так, у підручнику під авторством З. Шевціва наголошено на тому, що соціальна реабілітація «націлює на відновлення втрачених соціальних функцій і зв'язків із середовищем життєзабезпечення, самообслуговування» [166, с. 78]. Нам імponує визначення, яке задекларовано у статті В. Николаєвої [110]. Зокрема соціальна реабілітація розглядається як «комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин унаслідок стану здоров'я зі стійкими розладами функцій організму; зміни соціального статусу» [110, с. 6].

У цьому контексті варто наголосити, що в основу нашого дослідження покладено визначення наукової дефініції «соціальна реабілітація» у баченні І. Зверєвої як «комплекс заходів, спрямованих на налагодження (відтворення) порушених (втрачених) особою (групою осіб) суспільних зв'язків і відносин; формування (відновлення) її соціального статусу; забезпечення соціальної адаптації та реалізації у суспільстві; досягнення певної соціальної незалежності» [58, с. 384]. До уваги було взято трактування, що подане у підручнику під авторством українського психолога О. Кокуна [129]. Отже, «соціальна реабілітація (*реадаптація*), як комплекс заходів, спрямована на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї й дієздатності. Цей процес націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й самого соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених якимись причинами» [129, с. 10].

У нашому баченні, *мета* соціальної реабілітації спрямована на відновлення, корекцію або компенсацію порушених фізичних, психічних чи соціальних функцій людини. Тобто необхідно забезпечити особі соціалізацію й відновлення її до колишнього рівня, причому мова повинна йти про відновлення не тільки здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі. *Завдання* реабілітації – допомогти клієнту активно жити в суспільстві. Якщо особистість потрапила, з тих чи інших причин, в складну життєву ситуацію, за якої обмежуються чи порушуються умови її життєдіяльності, вона потребує соціальної реабілітації.

З методологічної точки зору соціальна реабілітація має здійснюватися з дотриманням таких *принципів*: етапність, диференційованість, послідовність, безперервність, доступність, безкоштовність (для певних категорій населення).

Поділяємо позицію науковців з приводу того, що соціальна реабілітація повинна: по-перше, проводитися кваліфікованими фахівцями, які володіють високим рівнем професіоналізму; по-друге, супроводжуватися застосуванням комплексу технологій; по-третє, це довготривалий та фінансово затратний процес, що передбачає координацію діяльності фахівців різного профілю (соціальних працівників, медиків, психологів, юристів, педагогів).

Основними *засобами* соціальної реабілітації називають: освіту, працетерапію, мистецтво, культуру, фізкультуру та спорт. Так соціальна реабілітація засобами освіти досягається через соціально-побутову адаптацію та соціально-середовищну орієнтацію. У свою чергу працетерапія передбачає використання трудових процесів з лікувальною метою, а її головна мета полягає у корекції фізичного та психічного стану клієнтів за допомогою трудової діяльності, завдяки якій вони стають більш незалежними від сторонньої допомоги. За даними С. Коляденко доволі ефективний аспект організації реабілітаційного процесу з наркозалежними особами є «використання методу трудотерапії, що складається з самообслуговування на

побутовому рівні (праця в їдальнях, пральних кімнатах, прибирання приміщень і двору тощо); робота в теплицях і на городі; праця на виробництвах центру (виготовлення керамічних іграшок або столярних виробів) [70, с. 401]. Реабілітаційними засобами, які забезпечують розвиток різноманітних життєво важливих навичок та підвищення рівня самооцінки формування активної життєвої позиції, є мистецтво та культура. Як свідчить практика, саме мистецтво та культура допомагають перебороти депресію, вселять в людину впевненість у її силах. Активні та системні заняття фізичною культурою та спортом клієнтів реабілітаційних центрів можуть бути засобами поліпшення самопочуття, задоволення потреби у спілкуванні.

Зупинимося на характеристиці *клієнтів*, які потребують кваліфікованої реабілітаційної допомоги. Нині в нашій країні на кваліфіковану реабілітаційну діяльність фахівця соціальної сфери очікує значна кількість різноманітних категорій клієнтів. До тих клієнтів, які, в першу чергу, повинні отримати комплекс реабілітаційних заходів, що носять соціальний характер відносимо: інвалідів; тяжко хворих людей; осіб, які звільнилися з пенітенціарних структур; наркотично та алкогольно залежних осіб; жертв сексуального та домашнього насилля; бездоглядних та безпритульних осіб; дітей сиріт та дітей, які позбавлені батьківського піклування; людей літнього віку, які перебувають у закладах соціального захисту населення; осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах. У процесі дослідження з'ясовано, що доволі часто реабілітаційних послуг потребують така категорія клієнтів, як військовослужбовці, які брали участь у бойових діях. Т. Єжова доводить, що «основною умовою забезпечення інтеграції у соціумі, їх подальшого особистісного розвитку є комплексна соціальна реабілітація» [49, с. 187]. Науковець наголошує, що цим клієнтам доцільно використовувати такі види реабілітаційної діяльності, як медичну, психолого-педагогічну, психологічну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну, фізичну та соціальну.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики з'ясовано, що реабілітація є одним із перспективних напрямків соціальної роботи, яка здійснюється шляхом цілеспрямованого застосування психолого-педагогічних засобів і прийомів, що спрямовані на відновлення активності клієнтів як суб'єктів життєдіяльності. Комплексна реабілітація дасть змогу не лише коригувати наявні відхилення, але й попередити появу вторинних порушень, зменшити ступінь соціальної дезадаптації клієнтів, досягнути максимально можливого рівня загальної соціалізації та допоможе активній інтеграції в українське суспільство.

Установлено, що реабілітація здійснюється в різноманітних закладах (кризових центрах, центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації, спеціалізованих реабілітаційних центрах, військових госпіталях, притулках, лікувальних і спеціалізованих закладах) де працює мультидисциплінарна команда фахівців (соціальний педагог, логопед-дефектолог, психолог, реабілітолог, соціальний працівник, медичний фахівець). Ефективність реабілітації оцінюється на основі повного надання усього спектру реабілітаційних заходів (медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, професійних). До розладів, які спричиняють необхідність реабілітації науковці відносять: інвалідність, захворювання на алкоголізм, наркозалежність, втрату соціального статусу, роботи, житла, близьких людей, скоєння злочинів.

Ми підтримуємо позицію науковців [131; 163] у тому, що нині теоретичні, а особливо практичні аспекти організації соціальної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій розкриті лише опосередковано. Потребують більш посиленої уваги практичні заходи реабілітаційної діяльності з цією категорією клієнтів у спеціальних реабілітаційних центрах. З метою виправлення ситуації, яка склалася нині об'єктивно через проведення антитерористичної операції виникла нагальна потреба в проведенні комплексної реабілітаційної діяльності з особовим складом ЗСУ, які приймали участь у бойових діях. Така реабілітаційна діяльність

повинна охоплювати комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, що мають бути спрямовані на відновлення, чи компенсацію порушених або втрачених колишнім воїном, який повернувся до мирного життя, суспільних зв'язків. У цілому, організація та проведення реабілітаційної діяльності передбачає відновлення стану здоров'я (фізичного, психологічного, морального). Як свідчить наш власний досвід роботи у військових госпіталях, нині колишні учасники військових дій, відчують гостру потребу у професійній діяльності фахівців щодо практичної допомоги у підвищенні соціального статусу, і якомога легшого подолання соціальної дезадаптації.

1.2. Потенціал мультидисциплінарного підходу під час організації реабілітаційної діяльності

Науковці [132] переконані, що важливого значення при організації реабілітаційної діяльності 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, 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. Як доводять зарубіжні фахівці [16; 20] саме мультидисциплінарний підхід максимально повно 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. Крім того наголошуємо на тому, що оскільки реабілітаційна робота супроводжується постійними стресами, значними емоційними та фізичними навантаженнями, мультидисциплінарний підхід дає змогу зменшити вірогідність появи синдрому емоційного вигорання в

учасників мультидисциплінарної команди шляхом чіткого розподілу функціональних обов'язків, з одного боку, та компліментарністю командних дій – з іншого [10; 20].

Поділяємо позицію Ж. Золотарьової [59] у тому, що 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.

Зупинимося більш докладніше 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 [161] 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, сувору орієнтація на індивідуальні потреби клієнта [161].

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 [160].

З'ясовано, що з методологічної точки зору 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 «Соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах» [144, с. 90]. Зокрема, 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.

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)» [105], – 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.

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 процесі дослідження з'ясовано, що 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.

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;

б) контроль якості соціальних послуг.

З'ясовано, що *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 [156].

У Наказі Міністерства соціальної політики «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 26.12.2011 р. № 568 [105] наголошується, що мультидисциплінарна команда надає комплекс послуг залежно від індивідуальних потреб особи.

Так, І. Зверєва [144] наголошує на тому, що розвиток мультидисциплінарної команди обумовлений певними закономірностями групової динаміки, а саме визначенням п'ятикрокової моделі розвитку команди:

- 1) формування (початок роботи);
- 2) штурмування (період міжособистісних конфліктів);
- 3) нормування (встановлення робочих стосунків, розмежування завдань і дій);
- 4) функціонування (налагоджене виконання справ);
- 5) розставання (прощання з деякими членами команди або припинення діяльності всієї команди)

Зазначимо, що наші дослідження узгоджуються з думкою А. Бурлака [37] про те, що найбільш повно завдання реабілітації можуть бути вирішені у випадку, якщо буде здійснюватися єдина стратегія і тактика реабілітаційних заходів. Ми переконані, що реабілітаційну діяльність необхідно здійснювати комплексно, поєднуючи різні її види, і у співпраці державних органів, установ охорони здоров'я, соціального захисту, освіти з недержавними органами – громадськими організаціями.

Оскільки у складі комплексної реабілітації доволі часто виокремлюють соціально-психологічний вид, зупинимося на розгляді етапів 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 реабілітаційних заходів [24, с. 93–94].

Психологічна реабілітація, що базується на міждисциплінарному підході, відбуватиметься, на думку В. Попова [123], 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, реадaptaційний, супроводу. 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 консультивання та в разі необхідності – надання додаткової психологічної допомоги в процесі подальшої життєдіяльності [51, с. 135].

Слід зазначити, що проблема стресів у клієнтів, які звернулися за допомогою, доволі часто, 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, як свідчить практика, на жаль, ця «співдружність фахівців» не в змозі кардинально розв'язати проблему.

Нам імпонує думка А. Бурлака [37], 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. У цій фазі вирішують проблеми соціально-економічного і професійного аспектів.

З'ясовано, що 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.

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 опинялася в статусі «хворого» і поверненням її до сім'ї, активної діяльності, до тих життєвих труднощів, які могли стати однією з причин недуги [37]. Основна мета цієї фази реабілітації – підготувати «хворого» до активного життя : повернення до сім'ї, раціональної перебудови життєвого устрою, зміни деяких звичок, систематичному проведенню профілактичних заходів, включаючи вторинну профілактику. Головні завдання фізичного, психологічного та інших аспектів реабілітації розв'язуються в цій фазі на новому більш вищому, порівняно з лікарняним етапом, рівні.

На основі узагальнення напрацювання А. Бурлака [37, с. 83–85], було встановлено, що 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.

Фахівці [33; 34] стверджують, що для ефективної реабілітації та 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.

Як доводять науковці [148], для реалізації програм з реабілітації в країнах Європи найважливішу роль відіграє наявність спеціалізованих кадрів у контексті міждисциплінарного підходу. Наприклад, в Болгарії існує така номенклатура фахівців, які повинні здійснювати соціальну реабілітацію:

— медичні працівники середньої ланки, 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 професійних обов'язків яких входить організація самопомоги сімей та місцевого оточення клієнтів.

Подібної думки притримується А. Бурлак [38], який наголошує на вагомості мультидисциплінарної команди під час організації реабілітації. До складу такої команди, у баченні науковця, входить фахівець відділення відновлювального лікування або медично-фізкультурного диспансеру (інструктор або лікар ЛФК, фахівець з працетерапії, психолог). У дослідженні А. Маклакова наголошено, що для надання медико-психологічної допомоги клієнтам доцільно сформувати спеціалізовану групу, до складу якої, крім психолога, необхідно ввести психофізіолога, психіатра і лікаря-психофармаколога. Для проведення соціально-педагогічної реабілітації В. Могільов [98] пропонує такий склад команди фахівців з реабілітації: психотерапевт, невропатолог і військовий психолог. У реабілітаційних центрах,

за переконанням Л. Литвиненко [82], повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медичні сестри.

Успішну професійну мультидисциплінарну команду можна вважати головною умовою здійснення реабілітаційних заходів, 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.

Спробуємо у найбільш загальному контексті визначити особливості професійної діяльності головних фігурантів мультидисциплінарної команди. Так, *психологи* служб зайнятості населення постійно працюють з військовослужбовцями-комбатантами, які звертаються до них у зв'язку з працевлаштуванням і необхідністю вивчення ринку вакансій робочих місць у тому чи іншому регіоні. 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 своїх клієнтів, а й уміти проводити з ними індивідуальну і, при необхідності, групову консультативно-психологічну роботу [75, с. 160].

Зокрема, пріоритетними напрямками роботи військових психологів В. Алещенко [28] визначає такі: 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 реабілітація 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 висуваються до психореабілітаційної роботи.

Як довели українські військові психологи [68; 69; 81; 130] психологічна допомога військовослужбовцям після впливу стрес-факторів бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових реакцій. Центральним завданням психолога, в даному випадку, є створення умов для поступової асиміляції психотравмувального досвіду. Це може відбуватися за допомогою різних видів психотерапії (психодинамічної, когнітивної, поведінкової, гештальт-терапії мистецтвом, наркосинтетичної, трансмедитативної тощо) і форм психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної). З'ясовано, що при цьому психологічна допомога військовослужбовцям може носити строковий характер (*crisis intervention*), мати обмежений термін (*brief psychotherapy*) або бути розрахованою на тривалий період (*long term PTSD intervention*) [24, с. 79].

Завдання *педагога-реабілітолога*, головним чином, передбачає організацію системної та цілеспрямованої діяльності щодо попередження та ліквідації психічних змін, які відбулися у внутрішньому світі клієнта. У баченні А. Бурлака [37] саме соціальний педагог повинен активно працювати над тим, щоб створити сприятливі умови для психологічної адаптації хворого до реальної життєвої ситуації, що змінилася в результаті хвороби. Очевидним є те, що у своїй практичній діяльності соціальний педагог повинен використовувати увесь арсенал педагогічних технологій задля проведення реабілітації.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики [24; 28; 34] нами було з'ясовано, що *соціальний працівник* виступає головним суб'єктом мультидисциплінарної команди. Діяльність

соціальних працівників щодо реабілітації 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. У найбільш загальному контексті, організація і проведення комплексної реабілітації 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 [34] наголошує на аналітико-діагностувальній, прогностичній, конструктивно-організаційній, освітньо-виховній, попереджувально-профілактичній, коректувальній, комунікативній, охоронно-захисній функціях. Підтримуючи думку О. Березької, однією з професійних характеристик соціального працівника ми визнаємо педагогічну компетентність, яка охарактеризована як «інтеграційне, особистісно-діяльнісне утворення, в якому змістовно-діялісна 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. 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» [34, с. 11].

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» [34, с. 11].

Отже, на основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики, можемо констатувати той факт, що мультидисциплінарний підхід при проведенні реабілітації передбачає системне поєднання комплексу різних видів реабілітації (психологічної, медичної, соціальної, педагогічної тощо). При цьому її організацією і реалізацією мають займатися фахівці мультидисциплінарної команди (психолог, соціальний педагог, соціальний працівник тощо). Усі вони повинні мати чіткий розподіл своїх функціональних ролей та професійних обов'язків та взаємно допомагати один одному, повертаючи клієнтів, які проходять реабілітацію до реальних умов життєдіяльності.

1.3. Загальнонаукові підходи та принципи реабілітаційної діяльності в Україні

Для розуміння сутності реабілітаційної діяльності, насамперед, необхідно проаналізувати наукові *підходи*, що розглядають зміст, структуру й особливості поняття «реабілітація». На основі узагальнення напрацювань фахівців [24; 26; 33; 34; 48; 66; 82; 123; 132; 160] було виокремлено десять найбільш вагомих підходів до організації реабілітаційної діяльності. Узагальнене розуміння їх сутності представлено у табл. 1.1

Таблиця 1.1

Наукові підходи до організації реабілітаційної діяльності та їх загальна характеристика

Підходи	Сутність та зміст
Акмеологічний	Реабілітація пов'язана з необхідністю адаптації клієнтів до нового соціального середовища
Загально-психологічний	Розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього середовища
Медичний	Спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності людини
Компенсаційний	Передбачає надання допомоги клієнтам у виділенні компенсацій, надання різного роду пільг
Комплексний	Передбачає перетворення клієнтів на суб'єктів соціальної реабілітації, які приймають участь у власному відновленні
Міждисциплінарний	Передбачає співпрацю та колективну роботу команди фахівців різних галузей
Мультидисциплінарний	Дає змогу цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем клієнтів; ґрунтується на командній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів
Системний	Система медичної реабілітації військовослужбовців є емпірична, штучна (створена людиною), відкрита, постійна, динамічна соціальна система [Голяченко]; є підсистемою системи медичної допомоги
Соціально-психологічний	Представляє реабілітацію як відновлення системи взаємин клієнта, який проходить реабілітацію і соціального середовища.

Необхідно брати до уваги те, що кожний з підходів має свою предметну сферу аналізу і наголошує на окремих структурних компонентах досліджуваного явища (табл. 1.1). Зупинимось більш ґрунтовніше на змісті представлених підходів. Зокрема проведений аналіз літературних джерел [24; 26; 33; 46; 48; 66; 123; 160] дає підставу встановити, що серед підходів реабілітаційної діяльності найефективнішими є *комплексний* та *акмеологічний* підходи. Розглянемо особливості використання цих підходів.

Комплексний підхід до соціальної реабілітації не виключає необхідності використання механізмів соціальної захисту в процесі здійснення соціальної реабілітації, але в той же час, передбачає перетворення клієнтів 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.

У найбільш загальному контексті, комплексний підхід, представляє напрям соціальної політики, що пов'язаний з відновленням духовного, економічного, культурного, психологічного, професійного потенціалу, фізичного здоров'я, реінтеграцію особи в соціальну життєдіяльність. Він спрямований на відновлення сенсу, який був загублених внаслідок перебування їх у стресовому стані. 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.

Цей підхід реабілітації спрямований на 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.

З'ясовано, що інвестування заходів, що забезпечують і стимулюють соціальну активність клієнтів, а також надання пільг повинно бути спрямоване 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 ефективної довгострокової комплексної реабілітації клієнтів, які звернулися за допомогою. Вважаємо, що 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.

По-іншому представляє комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко [82]. 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).

З практичної точки зору було з'ясовано, що до медичної складової повинні входити: 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 реалізації такої багатокomпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю.

У нашому розумінні, комплексний підхід під час організації реабілітаційної діяльності означає системне бачення нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються з особою; підборі системи методів (психокоректувальних і психотерапевтичних), за допомогою яких стає можливим послідовне й ефективно опрацювання деструктивних емоційних станів. 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 нових умов середовища; підтримка зі сторони близьких і друзів для зміцнення позитивних зрушень у психоемоційному стані людини.

Обґрунтуємо вибір *акмеологічного* підходу як вагомого під час організації реабілітаційної діяльності. Насамперед взято до уваги думку провідних науковців [23; 61; 76; 117] стосовно того, що акмеологія націлена на пошук практичних механізмів удосконалення особистості, та передбачає надання практичної допомоги в досягненні нею вершини фізичного, духовного, морального і професійного розвитку. На основі комплексного дослідження С. Пальчевський [117, с. 9] сформулював основне завдання акмеології, яке полягає у дослідженні та аналізі закономірностей розвитку дорослої людини як: індивіда (складного живого організму), особистості (ядром якої виступають відношення людини до різних сторін об'єктивної дійсності) і суб'єкту діяльності (фахівця-професіонала); а також закономірності досягнення у цьому розвитку найбільш високого оптимального рівня. У процесі дослідження встановлено, що саме акмеологія, у повній мірі може сприяти активному

процесу реабілітації. У посібнику В. Ільїна та С. Пожарського [61] зазначено, що акмеологічний підхід передбачає цілеспрямоване використання позицій удосконалення та налагодження гармонії в особистісному розвитку людини. Як стверджують А. Деркач і В. Зазикін, цей підхід доцільно розглядати у якості базисної категорії, «яка описує сукупність принципів, прийомів і методів, що дозволяють вирішити акмеологічні завдання та проблеми» [23, с. 226]. Додатковим аргументом на користь доцільності запровадження акмеологічного підходу в процес реабілітаційної діяльності є той факт, що він є практико орієнтованим, а тому матиме суттєвий позитивний ефект для стимулювання клієнтів до досягнення ними найвищих вершин розвитку та допоможе у досягненні професіоналізму фахової компетентності, а також сприятиме прогресивному розвитку здатності до самореалізації.

На основі акмеологічного підходу реабілітаційну діяльність розглядаємо як процес досягнення максимально можливого для кожного клієнта, що звернувся за реабілітаційною допомогою, розвитку особистісної досконалості й професійної майстерності. З цієї точки зору, основна мета застосування акмеологічного підходу полягає у формуванні в клієнтів практичних умінь самостійно вирішувати широкий спектр особистісних проблем. Наукові інтереси фахівців реабілітологій у контексті акмеологічного підходу мають стосуватися таких проблем, як:

- дослідження взаємозв'язків між вдосконаленням мікро-характеристик клієнтів (індивід → особистість → суб'єкт діяльності) на основі створення максимально сприятливих умов для досягнення особистісних вершин під час реабілітації;

- розробка практичних алгоритмів і технологій продуктивної реабілітації клієнтів через стимулювання механізмів самовизначення, самоосвіти, самовиховання та самовдосконалення;

- впровадження акмеологічного супроводу реабілітації.

У ході вивчення практичних аспектів впровадження акмеологічного підходу ми дійшли до розуміння того, що реабілітація повинна бути організована таким чином, щоб сприяти максимальному розвитку особистості кожного клієнта, а також бути націленою на формування його «акме», що передбачає належний рівень сформованості особистісної компетентності у розв'язанні тих соціальних проблем, з якими вони на даний момент часу справлятися не можуть. У контексті акмеологічного підходу необхідно запровадити осмислений пошук ефективних шляхів організації реабілітації. На основі акмеологічного підходу реабілітацію розглядаємо як процес досягнення кожним клієнтом максимально можливого («акме») рівня відновлення тих втрачених функцій, які йому перешкоджають для адекватної життєдіяльності. Ми погоджуємося із твердженням В. Федорова [158] у тому, що акме є «семіотичним, символічно-образним багатофункціональним феноменом сюжетом якого є історія професійного становлення» [158, с. 33].

На основі аналізу наукових напрацювань українських фахівців С. Пальчевського [117], В. Федорова [158] та В. Швидкого [165] у практичному аспекті акмеологічний підхід під час реабілітаційної діяльності повинен реалізовуватися у такій послідовності:

системне проектування акмеологічного середовища у реабілітаційному закладі, яке б стимулювало у клієнтів внутрішнє прагнення до успіху;

– запровадження інноваційних технологій у реабілітаційну діяльність, які мають в своїй основі технології забезпечення успіху у самовдосконаленні;

– впровадження інноваційних форм та методів у роботі реабілітологів, які базуються на акме-мотивації та акме-підтримці;

– системний аналіз результатів реабілітаційної діяльності та внесення коректив.

Підсумовуючи наголосимо, що з точки зору акмеологічного підходу до реабілітації необхідність адаптації клієнтів до нового соціального середовища викликає потребу в реадаптації та 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 звернулися за реабілітаційною допомогою.

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 тощо.

Представимо загальні наукові бачення науковців стосовно виокремлення *принципів* різних видів реабілітаційної діяльності. Зокрема, у якості основних принципів психологічної реабілітації А. Денисов [46] 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. Різноманітність реабілітаційних заходів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності клієнта, визначає їх як складний процес, що об'єднує зусилля медичних працівників, психологів і самої особи.

Особливий погляд на виокремлення принципів психологічної реабілітації має Н. Алалікіна [24]. Дослідниця вважає, що лише за умови дотримання комплексу принципів, можливо ефективно організувати психологічну реабілітацію та адаптацію. До найвагоміших принципів віднесено такі, як:

- 1) своєчасність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, одразу після виявлення психічних розладів;

2) єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу (поєднання реабілітації та 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, дозвілєвій і соціальній сферах;

5) партнерство, співпраця. Реабілітаційний вплив має відбуватися таким чином, щоб залучити клієнта, який отримав психічну травму, до відновлювального процесу;

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

7) відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям людини;

8) участь у реабілітаційному процесі місцевих органів, священників, медичних працівників, психологів, адаптаційних центрів;

9) систематичний контроль і своєчасна корекція реабілітаційної програми [24, с. 96–97].

У дослідженнях М. Крамника [75] та А. Караяні [66] акцентовано увагу на тому, що термін «медико-психологічна реабілітація», яка зосереджена на проведенні заходів медико-психологічної реабілітації постраждалих в екстремальних ситуаціях. Щодо принципів медико-психологічної реабілітації комбатантів з ознаками «бойової стресової реакції» (БСР) (*combat stress reaction*), вони вперше були сформульовані Salmon в роки першої світової війни. Цими ознаками були наближеність, негайність, передбачуваність (*PIE – proximity, immediacy, expectancy*). Подальша розробка і доповнення принципів реабілітації клієнтів з ознаками реакції бойового стресу склали акронім

(мнемоправило) VICEPS (Brevity – нетривалість, Immediacy – негайність, Centrality – централізованість, Expectancy – очікуваність, Proximity – наближеність, Simplicity – простота).

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 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 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.

На основі аналізу напрацювань А. Іванова та М. Жуматого [60] було з'ясовано, що важливим видом реабілітації є соціально-психологічна, яка вимагає дотримання таких принципів, як:

- 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.

Зазначимо, що соціально-психологічна реабілітація пов'язана з соціально-педагогічною, специфіка якої повинна будуватися на низці методологічних і організаційно-методичних принципів. До провідних методологічних принципів становлення і розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації віднесено такі:

- гуманістичний зміст системи реабілітації;
- типології та врахування потреб, рівня домагань, кола інтересів клієнтів;
- дотримання державного характеру гарантованості розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації;
- врахування популяційно-центристського рівня вирішення проблеми соціально-педагогічної реабілітації інвалідів військової служби [82, с. 34].

Повністю підтримуємо В. Могільова [98], який визначив специфіку організаційно-методичних засад діяльності системи соціально-педагогічної реабілітації, а саме:

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

– 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;

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

– 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;

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

З методологічної точки зору можемо наголосити на тому, 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 їхніх інтересів, створенням і розвитком системи реабілітації та її структур, підготовки фахівців.

У контексті нашого дослідження цікавою є виокремлення психолого-акмеологічної реабілітації. У *акмеологічній реабілітації* виокремлюють такі *принципи*.

1) принцип гуманізму і цінності людського буття, що спрямований на підтримку клієнта, 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 більш природних ситуацій, діючи в яких, клієнт отримує змогу піднятися 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 клієнтів, які передбачають 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 шляхи найбільш повного самовираження в професії, що є запорукою творчості та найвищої ефективності (соціальної, професійної) подальшої діяльності;

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 клієнтом 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 кожним клієнтом усіх своїх психічних ресурсів, створити стійку мотивацію повноцінної самореалізації;

7) принцип оптимальності та оптимізації передбачає не тільки організацію діяльності, але і розвиток клієнта. Разом з тим оптимальність пов'язана не стільки з алгоритмізацією, скільки з індивідуальним характером розвитку. Індивідуальність життєвого шляху 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 діяльність. Система технологічного забезпечення діяльності містить оптимальне використання психолого-акмеологічних ресурсів клієнтів, 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, клієнт отримує не тільки результати праці, оцінки людей, посадовий статус, а він має змогу сприймає себе в новій якості, втіленій у діяльності [24, с. 56–62].

У контексті нашого дослідження важливим є виокремлення медичної реабілітації та її видів. До прикладу, А. Бурлак пропонує проводити медичну реабілітацію з урахуванням таких принципів, як:

– 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 [38, с. 144–145].

Методологічними принципами медико-психологічної реабілітації науковці [75; 79] визначають динамічність, послідовність, відповідальність, індивідуальний і комплексний підходи до аналізу вираженості психічних порушень, стану психічного здоров'я у цілому і можливості розробки та проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації.

По-іншому визначають принципи медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко [82, с. 40–41] та І. Мисула [92, с. 89–94]. Автори наголошують, що необхідно враховувати особистісні фактори (для уникнення перенапруги адаптаційних механізмів) і дотримуватись 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 як партнера в ході лікувального процесу.

Основними *організаційними* принципами реабілітації є: принцип цілісності, наступності, багаторівневого підходу й динамічності. Так, на думку А. Маклакова [88], принцип цілісності полягає в тому, що організаційно проблема збереження професійного здоров'я не може розглядатися поза проблем підвищення ефективності професійної діяльності клієнтів, 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 клієнтів, які звернулися за реабілітаційною допомогою.

Отже, проведений аналіз, загальнонаукових підходів та принципів реабілітаційної діяльності в Україні дав змогу зробити узагальнення про те, що серйозно проблемою комплексної системи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в Україні не займалися. З метою усунення зазначеного аспекту, вважаємо за доцільне ґрунтовніше висвітлити науково-методичні аспекти її організації та дослідити механізми практичного проведення.

Розділ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Висвітлення сутності та змісту реабілітаційної діяльності з військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях

Передусім зазначимо, що тільки за останні 25 років ми стали свідками таких війн, як Південноосетинська війна (1990–1992 р.р.), Громадянська війна в Грузії (1990 – 1993), Карабахська війна (1991–1994 р.р.), Війна в Хорватії (1991–1995 р.р.), Збройний конфлікт у Придністров'ї (1992 р.), Продовження громадянської війни в Афганістані (1992–2001 р.р.), Осетино-інгушський конфлікт (1992 р.), Грузино-абхазька війна (1992–1993 р.р.), Боснійська війна (1992–1995 р.р.), Перша чеченська війна (1994–1996 р.р.), Косівська війна (1998–1999 р.р.), Друга чеченська війна (1999–2009 р.р.), війна в Грузії (2008 р.), Війна на сході України (2014 – до сьогодні), Сирійська війна (2011 – до сьогодні) та ін. [146].

Як доводить фахівці [64; 93] незвичайний перебіг цих сучасних воєн свідчить про необхідність розгляду та врахування не тільки і не стільки суто військових аспектів, скільки політичних, соціокультурних, економічних, інформаційних, геополітичних фреймів конфліктів. Наведемо реальні факти. Так, за даними управління Верховного комісара ООН у правах людини, станом на 15 березня 2017 року за період конфлікту на Сході України кількість загиблих сягає майже 10 000 осіб, ще біля 24 000 тисяч отримали поранення. Жертви продовжують невпинно зростати. Майже 290 тисяч осіб отримали статус учасника бойових дій. Кількість внутрішньо переміщених осіб за весь період конфлікту продовжувало зростати і на початок 2017 року склало більше 2 млн. чоловік. За даними міжнародної організації «Міжнародна ініціатива з розвитку дітей», Україна на 2016 рік входить до ТОП-10 країн світу за кількістю переселенців [62]. Як свідчить статистика, кількість поранених серед

військових та цивільних оцінюється приблизно в 16 385 осіб (з них більше 180 дітей) [145].

Погоджуємося із В. Григоренко, О. Рассказовою та П. Рассказовою у тому, що окрім «традиційних соціальних груп (ВІЛ-інфіковані особи, люди похилого віку, особи з тяжкими тривалими захворюваннями та інвалідністю, жертви насилля та ін.), медико-соціальної допомоги сьогодні потребують усе нові категорії громадян (демобілізовані військовослужбовці, тяжкопоранені, дезадаптовані молоді люди, сім'ї та діти, які постраждали у наслідок військових дій та ін.)» [43, с. 6]. Отже, як бачимо у переліку тих категорій клієнтів, який вкрай необхідна допомога вагому роль посідають *комбатанти* – військовослужбовці які були учасниками військових дій.

На доцільності спеціально організованої діяльності з учасниками бойових дій наголошує Т. Матвійчук [90]. Так науковець зазначає, що на сучасному етапі важливим є «розуміння необхідності процесу соціально-психологічної реабілітації та адаптації учасників бойових дій для профілактики дезадаптації військовослужбовців та допомоги їм у період відновлення» [90, с. 150]. Погоджуємося із авторкою у тому, що адаптація учасників бойових дій до мирного життя необхідно розглядати у якості виклику перед суспільством та державою, які виявилися в значній мірі не готові належним чином забезпечити успішну реабілітацію бійців АТО.

Погоджуємося із Н. Олексюк у тому, що нині особливої уваги потребують «такі нові для нашої країни категорії осіб, допомогу яким повинні надавати соціальні реабілітологи, як: учасники антитерористичної операції та їх сім'ї, постраждалі військовослужбовці і їх родини, переселенці» [112, с. 41]. Авторка зазначає, що лише в Тернопільській області проживають близько 3,5 тис. осіб, які захищали незалежність, суверенітет й територіальну цілісність України та брали безпосередню участь в антитерористичній операції. 83 військовослужбовці, вихідці з Тернопільщини, загинули в ході її проведення, а 127 чоловік стали інвалідами чи частково втратили працездатність. На обліку

служб соціального захисту області перебувають 2424 сім'ї та окремі особи даної категорії, 385 дітей, батьки яких є учасниками антитерористичної операції та 17 неповнолітніх дітей, батьки яких у ній загинули. Подібна ситуація спостерігається і в Хмельницькій та інших областях України.

У зазначеному контексті наші дослідження узгоджуються з думкою О. Юркова про те, що військова служба у ЗСУ є доволі складною та «потребує від командирів глибоких знань закономірностей функціонування психіки особистості військовослужбовців» [171, с. 136]. Як доводять військові психологи П. Лісовський [85] та В. Ягупов [172] у тих військовослужбовців, які брали участь у бойових діях розвиваються вольові риси (цілеспрямованість, сміливість, ініціативність, самостійність, витримка, рішучість, наполегливість) за рахунок: організації інтенсивної бойової підготовки; спеціальних тренувань зі зміною обставин, умов та засобів досягнення мети; розвитку мотиваційного компонента; систематичного закріплення досвіду вольових дій на всіх етапах досягнення результатів.

Отже, як доводять науковці [94; 133] при всій багатогранності військових конфліктів система психолого-психіатричної допомоги та реабілітації спрямована на збереження психічного й соматичного здоров'я. У баченні С. Миронця, надання реабілітаційної допомоги для медиків, рятувальників, психологів та соціальних працівників усім клієнтам повинна базуватися на: професіоналізмі, невідкладності, простоті, наступності, надійності, індивідуальності [95, с. 36].

На основі узагальнення напрацювань науковців, ми розумітимемо *реабілітацію комбатантів як процес організованого, поступового та неконфліктного повернення учасників бойових дій та нетравмуючого повернення їх у систему соціальних зв'язків та відносин мирного часу. Вважаємо, що реабілітаційну діяльність необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій з метою профілактики розвитку у них посттравматичних стресових розладів, дезадаптації, конфліктів з*

оточуючими. Варто брати до уваги й той факт, що реабілітаційні заходи необхідно розпочинати здійснювати вже в ході бойових дій з військовослужбовцями, які надходять в медичні пункти та пункти (центри) психологічної допомоги та реабілітації і тривають протягом тривалого часу в процесі мирного життя.

Найбільш доцільно щоб комплекс реабілітаційних заходів здійснювався на госпітальному, санаторному та амбулаторно-поліклінічному етапах. Так на першому етапі здійснюється навчання людей з інвалідністю методам психічної саморегуляції, проводяться психофізичні тренування по зняттю м'язових затисків, неактуальної психічної напруги. Велике значення має трудотерапія, яку доцільно використовувати з самого початку реабілітації. На другому етапі необхідно системно здійснювати допомогу комбатантам у розв'язанні психологічних проблем. Тоді як третій етап присвячується особистісному зростанню, розвитку активності, формуванню комунікативної компетентності. вагому роль на третьому етапі відіграють створення емоційно-підтримуючої атмосфери для здійснення індивідуальної та групової реабілітації.

Повністю підтримуємо думку А. Денисова [46] в 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.

Поділяємо позицію В. Березовца [33] стосовно того, що 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. Це пояснюють прагненням опинитися у звичному для себе середовищі життєдіяльності, бажанням бути в постійному контакті з бойовими товаришами.

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 [33] 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.

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» [102] 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.

Аналіз функціональних обов'язків посадових осіб військової частини дав змогу В. Мисюрі [96] 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 страхітливу обстановку. По-третє, важливим завданням командирів і всіх посадових осіб є турбота про збереження емоцій військовослужбовців, вміння 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 [96].

Аналіз дисертаційного дослідження О. Березької [34], 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.

У практичному аспекті, як доводить Н. Алаликіна [24], до числа основних напрямів реабілітації можна віднести:

- встановлення характеру і ступеня важливості нервово-психологічних розладів, визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування військовослужбовців на отриману психічну травму і розробка реабілітаційних заходів;

- зняття психоемоційної напруги, дратівливості, страху за допомогою застосування комплексного впливу (психотерапевтичних, медичних, біологічних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних) засобів);

- регуляція порушених функцій організму, корекція психофізіологічного стану методами психофармакологічних, психотерапевтичних і фізичних впливів;

- розвиток оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, мобілізація особистості на подолання виниклих станів, виховання у військовослужбовців необхідних вольових якостей;

- формування в особового складу чітких уявлень про фактори ризику і усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення;

- оптимальне вирішення психотравмувальної ситуації, відновлення соціального статусу, адаптація до умов зовнішнього середовища за допомогою стимулювання соціальної активності військовослужбовців і психолого-акмеологічних методів;

- 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;

- вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації;

- діагностика функціонального стану усіх фізіологічних систем організму;

- оцінка ефективності та корекція (в разі необхідності) реабілітаційних заходів [24, с. 50–51].

Виокремлені вище напрями реабілітації утворюють систему заходів і повинні здійснюватися поряд з економічними, юридичними, соціальними та психологічними заходами, тим самим підкреслюючи комплексність реабілітаційних дій.

Представимо *алгоритм реабілітації* військовослужбовців, запропонований Н. Алаликіною [24] та інтерпретований до нашого дослідження. Зокрема, він передбачає три основних положення:

1. З'ясування наслідків психотравмувальних факторів, що базується на:

- виявленні стрес-факторів, що викликають негативні психологічні наслідки;

- дослідженні індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців як до призову в Збройні Сили, так і під час служби в ній;

- аналізі впливу соціально-психологічних умов повоєнної адаптації;

- вивченні актуальних психічних реакцій, які в минулому мали психотравмувальний вплив.

З метою вивчення психологічних наслідків участі в бойових діях першорядним є аналіз досвіду військовослужбовця, що спричинив виникнення психічної травми. Для цього можна використовувати розгорнуте клінічне інтерв'ю, розроблене Р. Скерфілдом (R. Skurfield) [17]. При з'ясуванні наслідків психотравмувальних чинників 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.

2. Визначення комплексу психотерапевтичних впливів на військовослужбовців з метою корекції психотравмувальних реакцій, мінімізація відстрочених посттравматичних реакцій (психологічна реабілітація). На цьому етапі необхідно детально дослідити психічні реакції, які в минулому мали психотравмувальний вплив.

3. Організація соціально-психологічної адаптації до нового середовища.

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) [21] приходять 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 відчути душевний біль, пов'язаний із втратою близької людини. Це супроводжується конфліктами з близьким, виявляється в напруженості і дратівливості.

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 [37, с. 12].

Для створення належних умов організації соціальної адаптації та реабілітації учасників локальних збройних конфліктів А. Денисов [46] радить розглядати процес соціальної реабілітації на трьох *структурних рівнях* – макросередовища, мікросередовища та внутрішньо особистісного рівня. Напрацювання А. Денисова [46] були нами вивчені з огляду на реалії українського соціуму та потреб щодо організації реабілітації українських військовослужбовців, які були учасниками військових дій і потребують виваженого підходу до організації реабілітації. Узагальнене авторське бачення представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Структурні рівні соціальної реабілітації (авторське узагальнення)

Фактори		
макросередовища	мікросередовища	внутрішньоособистісні
<ul style="list-style-type: none"> – нові економічні умови; – стрімке реформування української армії; – недостатня кількість інформації, бюджетного фінансування та нормативно-правової бази щодо системи державної підтримки комбатантів та членів їхніх сімей; – несформованість соціального мислення у керівних кадрах і відсутність висококваліфікованих кадрів; – зростання безробіття серед колишніх учасників бойових дій; – розрізненість і нескоординованість дій державних структур на перепідготовку і надання допомоги комбатантам в працевлаштуванні; – неготовність суспільства гідно оцінити потенційні можливості комбатантів; відсутність сприятливих умов для ведення підприємницької діяльності; – потреба в організації центрів перепідготовки та служб соціально-психолого-педагогічної підтримки комбатантів і членів їхніх сімей 	<ul style="list-style-type: none"> – порушення стабільності сімейних відносин; – зниження значущості виховної ролі сім'ї; – соціально-побутова невлаштованість дружин; – прояви девіантної поведінки дітей-підлітків, що є членами сімей комбатантів; – нескоординована діяльність комбатантів після звільнення; – часткова відсутність корпоративного братства серед учасників локальних збройних конфліктів – слабка роль та неузгодженість діяльності волонтерів, громадських фондів та різного роду об'єднань, які на рівні мікросередовища займаються організацією реабілітаційної діяльності з комбатантами та членами їхніх родин 	<ul style="list-style-type: none"> – неузгодженість системи життєво важливих якостей, які будуть потрібні комбатантам у мирному житті; – вікові особливості, стан здоров'я; – відсутність можливості застосувати у мирному житті колишні звання, службове становище, військову спеціальність; – наявність несприятливих індивідуально-психологічних якостей та емоційна нестабільність; – присутність психологічної неготовності до переходу до нової професійної діяльності, переорієнтації, в тому числі й до підприємницької; – невпевнена поведінка, стереотипи мислення, низька конкурентоспроможність у результаті відсутності необхідних знань, умінь, навичок і норм соціальної поведінки; – неготовність комбатантів до реабілітаційних заходів

У процесі більш ґрунтовного вивчення означеного кола питань, було встановлено, що проблеми реабілітації військовослужбовців повинні вирішуватися як на державному, так і регіональному (місцевому) рівнях. Зокрема, державний рівень передбачає розробку цільових програм з надання комплексної допомоги комбатантам, 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. Тоді як 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 бути спрямована на розв'язання таких головних завдань, як:

- 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 комбатантів, включаючи задоволення її першочергових потреб;
- розробка і реалізація конкретних реабілітаційних програм;
- забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських та інших умов реалізації реабілітаційної політики в межах їх компетенції, що визначаються законом.

2.2 Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної діяльності з комбатантами в Україні

Основними правовими актами, що регулюють права і свободи людини і громадянина у правовій державі є закони. Саме вони, як вища форма прояву державної волі народу, є правовою основою для всіх інших правових актів. Як справедливо зазначає О. Скакун, саме «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» [138, 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.).

Відзначимо, що в Україні нині приймаються адекватні міри та робляться належні кроки щодо вдосконалення системи соціального захисту учасників АТО на законодавчому рівні. Однак у цьому контексті є чимала проблем на неузгоджених питань, які ми спробуємо дослідити та висловити своє авторське бачення з цього приводу.

Згідно даних, представлених на офіційному сайті Міжнародного громадсько-політичного тижневика «Дзеркало тижня» [77], на сьогодні Центральна військово-лікарська комісія вже видала понад 10 тисяч постанов, що пов'язують поранення, контузію, каліцтво чи захворювання з участю в АТО. Зокрема 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 посттравматичному стресовому розладі (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, варто наголосити на тому, що 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.

Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [54] 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 [54] 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.

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.

Відзначимо, що 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 [ст. 10 ЗУ].

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416 [125] 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.

Основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців та членів їх сімей визначає *Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»* [52]. Цей документ 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. Головним чином він спрямований також і на регулювання 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 [52]. У зазначеній статті встановлюється, 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»* [154]. 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 нормативний документ, 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 [77], 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 проектів»; 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 [154].

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 [154].

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, у свою чергу, видав Розпорядження від 31 березня 2015 р. № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» [134]. У цьому документі 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.

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)»* [103]. Як було з'ясовано, саме це Положення визначає процедуру проведення психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції (далі – АТО), та регламентує порядок її виконання під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів).

У зазначеному Положенні наголошено на тому, що психологічна реабілітація військовослужбовців повинна виступати 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.

Основним рекомендованим методом для здійснення психологічної корекції, згідно з п. 17, 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»* [106], 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»* [104]. 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*.

З'ясовано, що 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»* [102], 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.

Указом президента України № 240/2016 від 6.06.2016 р. було введено в дію рішення РНБОУ «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» [155] (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. У цілому, СОБ слугуватиме дорожньою картою оборонної реформи з визначенням шляхів її впровадження на засадах і принципах, якими керуються держави – члени НАТО до 2020 року.

У процесі вивчення означеного питання було з'ясовано, що 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.

У процесі вивчення нормативно-правової бази, що регламентується Указом президента України № 240/2016 від 6.06.2016 р. [155] з'ясовано, що 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.

Відповідно, ми повністю солідаризуємося із В. Лавренюк [77], який зазначає, що 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 [77].

У нашому баченні незалежно від успіхів чи невдач комітету реформ Мінборони і ЗСУ в цьому напрямку, без комплексного підходу до питання організації виваженої та системної реабілітації військовослужбовці та ветерани АТО й надалі будуть позбавлені медико-психологічних послуг належної якості. Ми переконані у тому, що лише цілеспрямована діяльність щодо побудови сучасної системи реабілітації, її затвердження на законодавчому рівні, підкріпленому бюджетними програмами, можна належним чином забезпечити ефективно й стає рішення усіх проблемних питань для тих, хто повертається з війни додому.

У підсумку наголосимо на тому, що 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. З'ясовано, що чинна нормативна база, у цілому, спрямована на збереження здоров'я військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. Однак варто наголосити на тому, що незважаючи на наявність позитивних законодавчих напрацювань, спостерігаємо формальне і малоефективне його правозастосування.

2.3 Методологічні характеристики реабілітаційної роботи з військовослужбовцями закордоном

Вивчення та ґрунтовний аналіз досвіду країн, що досягли найбільших успіхів з соціальної реабілітації у цілому та комбатантів, зокрема допоможе вдосконалити її в нашій країні. На основі запозичення кращих зразків організації реабілітації можна домогтися щоб її організація стала ефективною і сформувалася як цілісна система. 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 [137] переконані, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним.

У процесі дослідження означеного кола питань, було встановлено, що 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 [38, с. 3–37].

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. Стілл 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 1895 році Д. Пальмер у США відкрив першу медичну школу хіропрактиків також для людей без медичної освіти. Він розробив діагностику захворювань атланта-потиличного суглобу. О. Негелі (Швейцарія) розробив контактні прийоми мануальної терапії, а в 1903 році видав посібник з хіропрактики. Як доводить А. Бурлак [38], 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.

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. Науковець аргументовано доводить, що масаж – це сукупність прийомів, за допомогою яких чинять дозований механічний і рефлекторний вплив на тканини й органи людини [38, 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.

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. До прикладу, у європейських країнах активно функціонують Центри соціальної реабілітації для клієнтів контингенту з найбільш високим ступенем десоціалізації і дезадаптації, коли на місці важко вирішувати питання медико-соціальної та професійної реабілітації [46]. Зокрема, у військовій авіації широко застосовують систему активного відновлення працездатності льотного складу на базі спеціальних центрів і класів психологічного розвантаження і мобілізації [33].

У процесі проведення психодіагностики солдатів під час Другої світової війни Р. Грінкер (R. Grinker) і Д. Шпігель (I. Spigel) [3] розробили 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. Завданнями бриф-психотерапії дослідники вважали зниження неусвідомлюваної напруги, зміцнення еґо і модифікацію супер-еґо 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.

Вагомий внесок у дослідження питань реабілітації військовослужбовців зробив А. Денисов [46]. 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). Як доводить С. Літвінцев [83], концепція була повністю реалізована в період Корейської і В'єтнамської воєн, а також у всіх наступних військових конфліктах.

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 [46]. 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) [24].

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 [46].

Як засвідчують дослідники [38, с. 232–269], лише у 1967 році зарубіжні науковці в галузі реабілітації (В. Ноке; Е. Growney, Т. Cahalan, D. Meglan) запропонували концепцію ізометрії, що слугувала основою створення інформаційно-тренажерних систем. Встановлено, що в травматологічній клініці перша система з'явилася в 1968 році у вигляді пасивного ізокінетичного тренажера для тестування ушкоджених функцій та проведення подальшої реабілітації. У 80-і роки ізокінетичні прилади стали широко використовувати в США в реабілітації травматологічних хворих. До прикладу, як відзначає А. Бурлак, ізометричне напруження скелетної мускулатури має доволі вагоме значення у відновлювальному лікуванні хворих з травмами елементів рухової системи [38, с. 283–287].

Аналіз зарубіжного досвіду проведення реабілітаційних заходів дав змогу А. Денисову [46] 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.

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 [113, с. 25].

Цікавий досвід надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям з проявами БСР і бойового стомлення (БС) (combat (battle) fatigue), яка передбачає поетапну систему. 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 [2]. 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 [66].

На основі вивчення дослідження А. Воробйова [41] було з'ясовано, що 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 стає 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 [41, 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 [46]. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах [111]. «Виведені війська потребують соціальної та психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід організувати теплий прийом, суть якого ентузіазм – прощення – турбота» [44].

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 [46]. За даними науковців [44], у США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, знаходяться на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках.

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 [11].

У процесі вивчення напрацювань К. Каменкова [63] 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» [63, с. 128].

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що займається бойовою психіатричною патологією, за свідченнями науковців [88], є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де в найбільшій мірі досліджена проблема ПТСР, проводиться лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур. 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, що представлена у роботі А. Караяні 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 [66].

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 (BICEPS).

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 [6].

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 %. 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) [13].

Як доводить А. Денисов [46], 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. Так, встановлено, що система реабілітації Латвії організована на базі Національного реабілітаційного центру «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 (чотирирічне 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. У школах реабілітації викладають лікарі, які пройшли навчання у шведських і датських фахівців і отримали сертифікати фізіотерапевта й ерготерапевта. Як наголошує науковець [46, с. 45–56], створена програма навчання з цих спеціальностей, що відповідає вимогам розвинутих європейських країн. Окрім цього 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 декілька 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 [46].

З'ясовано, що 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 [7].

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 [46].

За висновком А. Денісова [46, с. 51–53] 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 [15].

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 [19]. 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) [19, с. 67–78].

Цікавий для нашого дослідження є досвід російської армії, пов'язаний з реабілітацію військових, представлений В. Мисюрою [96]. 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).

У процесі дослідження було з'ясовано, що починаючи 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 та фронтові госпіталі для лікування легкопоранених. Підтримуємо погляди науковців [48, с. 29–30], у тому, що такий досвід доцільно розцінювати у якості перших спеціалізованих лікувальних установ для

категорій легкопоранених і легкохворих з термінами відновлення боєздатності від 10 до 60 діб.

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 [139].

В інтересах психологічної реабілітації воїнів активно використовували масово-відновлювальні методи лікування, такі як працетерапія, бібліо-музикотерапія (культтерапія), лікувальна фізкультура, стройові заняття [153]. Як доводять іноземні науковці [15], поєднання режиму з трудовими процесами, відпочинком, значення товариського прикладу, вплив командирів підрозділу видужуючих попереджало фіксацію симптомів хвороби і розвиток неврозів. Працетерапія, на думку В. Мошкова [100], 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 [60].

Хотілося б зупинитися на розгляді системи психокоректувальної роботи з ветеранами-афганцями, яка описана у дослідженні Р. Абдурахманова [22]. Ця діяльність представлена 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 психотравмувального досвіду, осмислення його негативного впливу на їх комунікативну діяльність

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 [60].

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 [119]. 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 – «реабілітолог» і розроблені кваліфіковані вимоги до лікарів цієї спеціальності [46, с. 42].

Окрім цього, як доводить Н. Якушкин [174], у країні розроблено організаційно-структурну модель 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, за свідченнями А. Денісова 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» [46, 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. У цілому,

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. Як було з'ясовано, за результатами медико-соціальної експертизи в залежності від виду та перебігу хвороби і її прогнозу лікарсько-трудова експертні комісії 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 [46, с. 47–48].

Вважаємо за доцільне зупинитися на проблемі 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 [78]. 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 [25] 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 [86]. 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 алло-й інтрапсихічної адаптації, внутрішньої роботи переживання горя [32].

На основі вивчення напрацювань В. Осьодло [117], було з'ясовано, що організація психологічної допомоги в армії Ізраїлю містить п'ять складових: систему діагностики і профорієнтації; систему психологічної підтримки військовослужбовців; реабілітацію і роботу з демобілізованими; підтримку цивільного населення в кризових станах; службу по роботі із сім'ями потерпілих. Причому ефективність реабілітаційних заходів оцінюється за наступними критеріями: а) кількість людей, яких було госпіталізовано внаслідок прояву гострих форм психіатричної патології; б) кількість суїцидів; в) кількість девіантних дій викликаних тією чи іншою формою психічних відхилень. В основі діяльності ізраїльських фахівців-реабілітологів лежить вербальне обстеження всіх військовослужбовців (в тому числі й резервістів) з подальшим відпрацюванням рекомендацій (психотерапії в спеціальних центрах, різних форм відпочинку, групових занять). На думку ізраїльських фахівців дана методика визнана самим якісним методом обстеження, яка суттєво знижує прояви негативних психічних станів військовослужбовців.

Зокрема військові психологи (дослівний переклад з івриту «офіцер по захисту душі») забезпечували реабілітацію військовослужбовців після поранень. Однак, вже на самому ранньому етапі виникла ідея щодо введення до складу медичного корпусу системи психологічної допомоги військовослужбовцям, які зіткнулися з агресією. Як відзначають українські дослідники [116; 130] була поставлена задача не лише виявляти симптоми, які б засвідчували про необхідність реабілітації військовослужбовців під час активних бойових дій, але й контролювати і корегувати психічний стан військовика в повсякденних умовах служби (коли він не приймає участі в бою).

Погоджуємося із науковцями [130] у тому, що впродовж останніх десяти років посади «офіцерів по захисту душі» було значно зменшено: натомість в чотири рази збільшено число соціальних працівників з педагогічною і психологічною освітою, які покликані виконувати сумісні функції. Основна мета цих змін – адаптувати систему для потреб військовослужбовців й підвищити частоту звернень за психологічною і психіатричною допомогою в умовах типового для ізраїльського суспільства небажання йти на прийом до психологів/психіатрів. «В результаті був збільшений штат соціальних психологів і соціальних працівників в структурі збройних сил і основна робота з військовослужбовцями щодо виявлення симптомів дезадаптації була покладена на них. Військові психологи почали працювати над діагностикою та наданням психологічної допомоги військовослужбовцям з клінічними розладами» [130, с. 98]. Неоцінимою є також роль волонтерів у вирішенні ряду проблем як під час ведення бойових дій, так і після їхнього завершення. Робота волонтерів досить важлива в рамках надання неспецифічної психологічної допомоги, адаптації, реабілітації військовослужбовців, до якої залучаються підготовлені кадри. Успіх роботи оцінюється за такими критеріями: кількість людей, яким потрібна була згодом госпіталізація внаслідок прояву гострих форм психіатричної патології; кількість суїцидів; кількість девіантних дій, викликаних тією або іншою формою психічних відхилень [130, с. 104].

Доволі цікавий досвід США, де протягом 8 років (1980–1988 роки) пройшли обстеження 469 військовослужбовців, які втратили кінцівки. За даними науковців [9], лише 11 осіб (2,3 %) повернулися до виконання обов'язків військової служби. Всі інші вважали за доцільне жити на соціальну допомогу і виплати. 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, як доводять іноземні фахівці [1; 3] успішно функціонує в Ізраїлі, що дало змогу повернути

до колишньої роботи 28 % осіб з ампутаціями. Серед ветеранів другої світової війни США 78 % повернулися до активної роботи або отримали вищу освіту.

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 [33]. 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 [128, с. 14–27].

Щодо України, то 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. Згідно з даними Міністерства закордонних справ (МЗС), «станом на сьогодні 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». За даними Міністерства оборони

України, близько 1,8 тис. бійців АТО проходять реабілітацію в профільних центрах на базі військових госпіталів для ветеранів Другої світової війни. Міністерство оборони веде 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».

Цікавим у контексті нашого дослідження є досвід програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» [82]. Термін перебування військовослужбовців у Центрі – 24 доби. Принципами програми реабілітації Л. Литвиненко 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; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможлиблює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення емоційного балансу; підготовка до соціальної адаптації.

У цілому програма медико-психологічної реабілітації була розрахована на три етапи: початковий, психологічний (основний) та заключний. Початковий (2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту, метою якого було

створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення комбатантів. У поліклініці Центру військовослужбовців реєстрували і проводили первинний лікарський огляд, де робили структуроване діагностичне інтерв'ю (збирали анамнез, звертаючи 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 (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 [82] в тому, що розробка програм медико-психологічної реабілітації має перетворитися на першочергове завдання державної політики у галузі медицини і психології. Установи, що вже мають досвід такої роботи, повинні консолідувати зусилля з метою створення програм медико-психологічної реабілітації на основі проведення багатоаспектних досліджень.

Розділ 3

ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З КОМБАТАНТАМИ

3.1 Шляхи проведення соціальної, педагогічної, акмеологічної, медичної та психологічної реабілітації комбатантів

Враховуючи багатоплановість завдань практичної організації реабілітації, її розподіляють на *види*. Якщо диференціювати окремі етапи реабілітації, в тому розумінні, як це прийнято на Заході, то науковці радять два основних види: медичну (лікувальну) реабілітацію та соціально-професійну [46; 84; 167]. Однак, у процесі аналізу наукових напрацювань фахівців встановлено, що існують значно більше видів реабілітаційної діяльності, які можна використати з комбатантами (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Наукові підходи до визначення складових реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій

Автори	Складові (види) реабілітації
Н. Алаликіна [24]	Психологічна, професійна, соціальна
В. Білий, М. Бойчак, Л. Голик [149]	Медична, психологічна, професійна, екстрена
А. Бурлак [37]	Медична, фізична, професійна, соціально-економічна
О. Буряк, М. Гіневський, Г. Катеруша [39]	Медична, психологічна, професійна, соціальна
А. Денисов [46]	Соціетальна, медична, військово-професійна, психологічна
А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко [50]	Превентивна, клінічна, функціональна, психологічна
О. Караяні [66]	Медична, професійна, соціальна, психологічна
О. Коржиков [71]	Соціальна, медико-психотерапевтична, психологічна
О. Серповська [137]	Медична, педагогічна, професійна, психологічна, соціально-культурна

Отже, як видно із табл. 3.1, 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, з'ясовано, що окремі 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. 3.1).

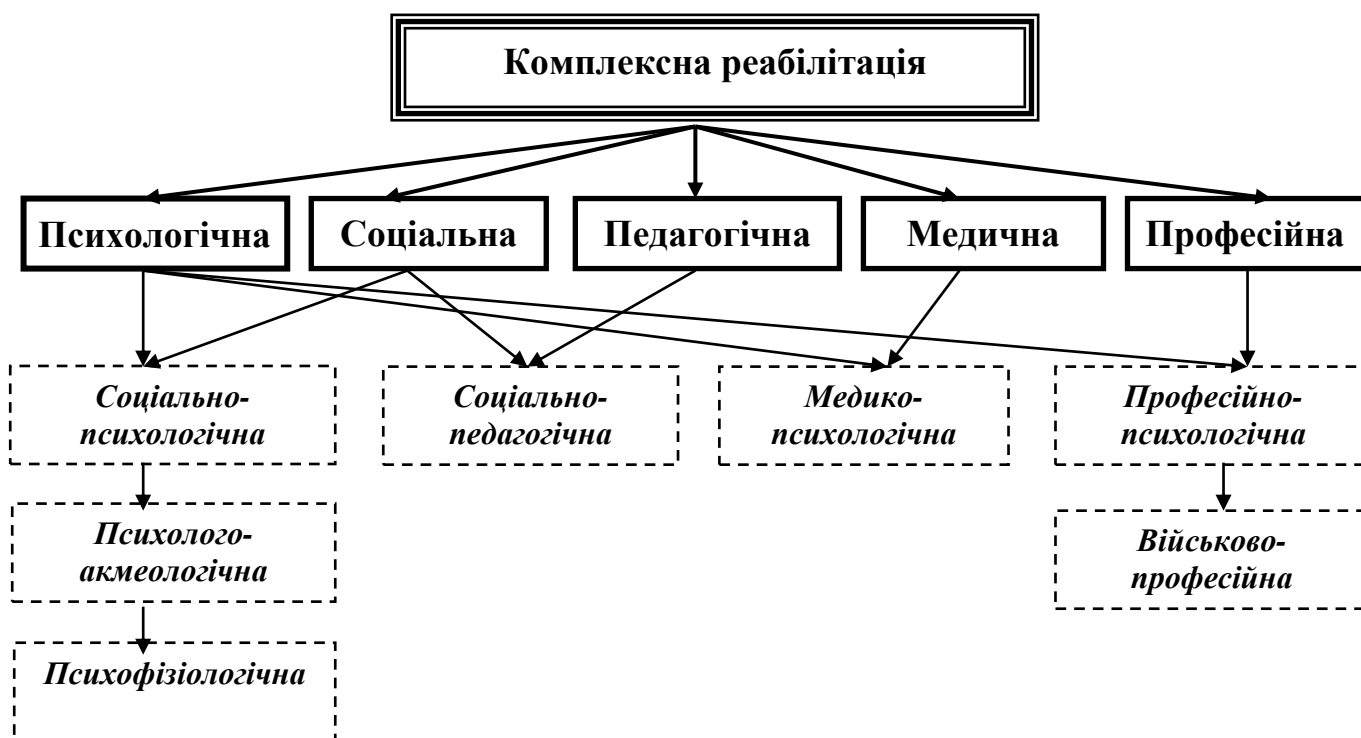


Рис. 3.1. *Взаємозв'язок та взаємозумовленість основних видів реабілітаційної діяльності з комбатантами (авторське бачення)*

Охарактеризуємо кожний вид, що представлений на рис. 3.1. Насамперед відзначимо, що у Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [103] *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 [149].

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «психологічна реабілітація». Як констатує О. Христюк «психологічна реабілітація – це специфічний вид психологічної допомоги, що надається воїнам, які переживають або гострі реакції на актуальний стрес, або загострення відтермінованих негативних психічних наслідків, відтермінованих реакцій та розладів, що зумовлені раніше пережитим, як правило, психотравмуючим бойовим стресом» [162, с. 86]. Подібне визначення подане у публікації Т. Матвійчук. Авторка вважає, що «психологічна реабілітація, безумовно, різновид психологічної допомоги в тій частині, в якій вона націлюється на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей і здоров'я» [90, с. 150]. Психологічна реабілітація, на думку Н. Алаликіної, є психічним відновленням колишньої орієнтації після ситуацій, які спричинили почуття тривожності і страху [24, 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 [51, 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» [33, с. 77]. Нам імпонує думка А. Денисова, який вважає, що психологічна реабілітація спрямована на створення нормального психологічного клімату для людей, які перенесли травматичний шок [46, 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 [82, с. 40].

Автори українського посібника «Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення» [129] наголошують, що «психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами» [129, с. 9].

У зазначеному контексті поділяємо позицію В. Могильова [98] 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 [98, 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 [24, с. 45].

Цікавою у контексті нашого дослідження є позиція О. Караяні [66], 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.

Актуальним вважаємо підхід А. Денисова [46], 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 [46, 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 [123, с. 11–12]. Вчений запропонував методіку 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. Як доводять українські науковці О. Кокун [114] та Р. Попелюшко [122] залежно від глибини ПТСР та індивідуальних особливостей військовослужбовців можна визначити певний спектр основних *завдань* психологічної реабілітації:

- 1) швидке 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) відновлення бажання жити, не допускаючи при цьому емоційно-психічних зривів;
- 5) формування внутрішньої мотивації до висхідної мобільності в нових умовах;
- 6) нормалізація позитивного психічного стану;
- 7) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;
- 8) гармонізація «Я-образу» з реальною соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);

9) надання допомоги для налагодження конструктивних відносин з референтними особами і групами.

На основі узагальнення наукової інформації [66; 123; 129], було з'ясовано, що процес психологічної реабілітації передбачає 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;

6) 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.

З'ясовано, що у практичному аспекті під час організації психореабілітаційних заходів суттєве значення певні *чинники*. Зокрема, до найвагоміших відносять фактор часу. Чим раніше після виходу з екстремальних умов починається психологічна реабілітація, тим більший ефект можна очікувати від її проведення [123, с. 22]. На думку А. Бурлака [38], 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.

Повністю підтримуємо думку українських психологів [108; 109; 114; 122; 152] у тому, що психологічна реабілітація може бути як складовою соціально-психологічної реадаптації, 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 [513, с. 137].

Інколи психологічну реабілітацію підміняють 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-трудового 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. 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 [128].

Для розуміння сутності психологічної реабілітації необхідно визначити її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. У цьому контексті видається евристичною, 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. Зупинимось 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 [102]. 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 [82, с. 40].

Українські психологи О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко та Н. Лозінська наголошують на тому, що «медико-психологічна реабілітація спрямовується на особистість військовослужбовця, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, в професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій» [129, с. 6]. Науковці доводять, що психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, корегують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

Ми переконані у тому, що *мета* медико-психологічної реабілітації комбатантів полягає у тому, щоб допоїти у подоланні стресу – це процес, в якому індивід здійснює спроби: а) змінити або ліквідувати проблему; б) зменшити її інтенсивність, змінивши свою точку зору на неї; в) полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або використовуючи інші різноманітні способи подолання. На основі узагальнення інформації з'ясовано, що *особливістю* медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій, поряд із виявленням та лікуванням психічних розладів, є спрямованість на відновлення боєздатності під час ведення бойових дій та працездатності при поверненні до мирного життя.

Процедура медико-психологічної реабілітації передбачає наявність декількох *етапів*: психологічну діагностику і прогнозування, комплексну психологічну корекцію, а також етап тривалого спостереження і контролю. Мета такого вивчення – оцінка розвитку психологічних особливостей особистості, які впливають на ефективність результату реабілітації та ймовірність розвитку

ПТСР. На основі опрацювання публікації А. Маклакова [88, с. 16–25], до таких характеристик віднесено 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.

Військові психологи [66; 75; 108; 136] 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 праце- і боєздатності, а також попередження психологічної дезадаптації на наступних етапах життєдіяльності. Учені [75; 79] переконані, що між медико-психологічною та медичною реабілітацією існує тісний взаємозв'язок, причому першої найбільше потребують практично всі учасники локальних воєн.

У нашому дослідженні 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 бое- і працездатності, а також на прискорене повернення військовослужбовців до професійної діяльності» [75, с. 91].

У контексті означеного питання цікавою вважаємо 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 [24, 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 [24, с. 50].

На основі опрацювання наукових джерел [24; 46; 75] імпонує підхід до визначення *елементів* психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, який охоплює:

– по-перше, медичну реабілітацію, 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, психологічну або соціально-психологічну реабілітацію, яка 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-культурну реабілітацію, що зосереджена на створенні або відновленні культурно-просторового середовища, достатнього і необхідного для духовної реалізації військовослужбовців;

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

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

– по-шосте, соціально-моральну реабілітацію, 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 виділяє Ю. Шанін [91] і вважає її частиною загальної системи реабілітації. На її важливості для сучасних Збройних Сил наголошує А. Боченков [36], пояснюючи це збільшенням психічних і фізичних навантажень на військовослужбовців у процесі здійснення військово-професійної діяльності. Під психофізіологічною 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 [91].

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 комбатантів ми визначили «соціальну реабілітацію». Українські науковці наголошують що вона «являє собою комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямованих на збереження та відновлення психофізіологічних та психічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності військовослужбовців, які постраждали внаслідок екстремальних психогенних впливів під час виконання завдань у районі ведення бойових дій» [129, с. 8]. Цікавою є думка білоруського фахівця Е. Зборовського [57] 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. Науковець переконливо доводить, що соціальна реабілітація орієнтована на навчання реабілітанта навичкам самообслуговування і забезпечення незалежності методом ерготерапії, педагогічними, психологічними, технічними засобами, включаючи матеріальну допомогу, створення безбар'єрного середовища, фінансування тощо [57, с. 31]. 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» [46, с. 38].

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» [24, с. 67]. Дослідники [24; 46] 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.

Вважаємо, що цей вид реабілітації є важливою складовою «соціальної політики», одним із її видів (напрямів), галуззю владних відносин, що реалізуються державою та різними політичними інститутами. З'ясовано, що однією зі *складових* соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником цього процесу.

У дисертаційному дослідженні В. Біловодського [31] соціальна реабілітація військовослужбовців зводиться виключно до поняття *соціально-психологічної реабілітації*. Для розгляду цього виду реабілітації необхідно звернутися до праць вітчизняного дослідника В. Лескова [80], 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 [80, с. 7].

Проведене узагальнення інформації дозволило встановити, що основними *завданнями* соціально-психологічної реабілітації доцільно розглядати такі:

- вивчення ступеня та характеру розладів психіки, індивідуально-особистісних особливостей поведінки військовослужбовців;
- оцінка інтелектуальних, перцептивних, емоційних, вольових можливостей військовослужбовців, рівня їх працездатності;
- з'ясування комплексу 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.

На основі систематизації напрацювань О. Серповської [137, с. 15] до уваги було взято 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.

У найбільш загальному контексті соціально-психологічна реабілітація забезпечує нормальне існування особистості в соціумі, запобігає її деградації. Дослідник В. Березовець наголошує, що «ефективна соціально-психологічна реабілітація передбачає повне «викорінення війни» в самосвідомості ветерана і повернення його до довоєнного психологічного стану» [33, с. 98]. На думку О. Іванова і Н. Жуматій [60], 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.

Опрацювання публікацій науковців [60; 108; 129] дозволили з'ясувати спектр основних завдань соціально-психологічної реабілітації. Зокрема було встановлено, що завдання 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.

Цікавою для нашого дослідження є думка О. Коржикова, який з упевненістю говорить про те, 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» [710, с. 109–110]. Підтримуємо науковця у тому, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців має свої обмеження і особливості. Крім того, як система, вона передбачає медичні, соціальні та психологічні аспекти, а її мета підпорядкована збереженню боєготовності солдатів і офіцерів на високому рівні.

Досліджуючи 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 [46, с. 124].

На цьому етапі соціальна 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, зайнятостю суспільно значущими справами (роботою). У нашому баченні 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.

У складі комплексної реабілітації ми виокремили *педагогічну реабілітацію*, яка, на думку В. Шпак [169], 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 [157] 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.

Педагогічна реабілітація комбатантів, в основному, спрямована на формування у них специфічних установок, відновлення порушених соціальних зв'язків та відносин з первинним колективом, сім'єю і середовищем найближчого 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 [157, с. 13–14].

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 особливостям 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 [157, с. 14]. Така позиція автора цілком прийнятна та буде використана під час організації педагогічної реабілітації українських комбатантів.

Поєднання соціальної та педагогічної реабілітації утворюють *соціально-педагогічну реабілітацію*, яка, у свою чергу, передбачає роботу з попередження соціальних відхилень, що здійснюється в процесі тривалих, цілеспрямованих, систематичних педагогічних впливів. Як доводить В. Могільов [98, с. 28], поняття поглиблюється залежно від ступеня вивченості різних соціальних, психологічних і соціально-педагогічних явищ. Тобто можемо констатувати, що 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.

На основі узагальнення напрацювань науковців [46; 98; 109] було з'ясовано, 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. У найбільш загальному контексті процес соціально-педагогічної реабілітації спрямований на виникнення нової, більш сприятливої соціальної ситуації розвитку.

З практичної точки зору соціально-педагогічна реабілітація спрямована на створення умов, які сприяють вирішенню соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання, травми, каліцтва, поранення. Таким чином, цей вид реабілітації доцільно розглядати як процес подолання несприятливих впливів, що зустрічаються в скрутних життєвих ситуаціях. Під час її проведення необхідно враховувати той факт, що соціально-педагогічна реабілітація є частиною поняття «соціальна допомога». Інваліди особливо потребують такої допомоги, так як можливості їх соціалізації доволі обмежені.

У нашому дослідженні ми притримуємося думки В. Могільова [98], 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 [149], 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 ранне повернення їх до професійної діяльності.

Подібне трактування подано у науковому посібнику «Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення» [129]. Так, науковці акцентують увагу на тому, що вона «спрямовується на особистість військовослужбовця, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, в професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій і т. ін.» [129, с. 6].

На думку фахівців [37, 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 суті дуже близька до терапії. Однак на відміну від реабілітації завдання лікування передбачає медико-біологічне відновлення організму. Поділяємо позицію В. Могільова [98, с. 12] та Д. Паригіна [118, с. 64] стосовно того, що основною *метою* медичної реабілітації є 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 [46, с. 34] дійшов висновку, що медична реабілітація

спрямована на розв'язання таких *завдань*, які в першу чергу передбачають 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.

На нашу думку реабілітація, наприклад, психічно хворих повинна починатися з моменту їх першого контакту з медичним персоналом, з початком їх лікування. Причому у тих 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. Вважаємо, що навіть короточасне 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 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 [88].

У процесі проведення ґрунтовного семантичного аналізу наукової літератури з питань дослідження [91; 92] з'ясовано, що медична реабілітація пов'язана з *фізичною*. З'ясовано, що фізична реабілітація (англ. Physical therapy) – це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих [164].

Отже, у найбільш загальному розумінні фізична реабілітація спрямована 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). Як наголошують науковці саме 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» [37, с. 80].

У цьому контексті цікавою вважаємо позицію українських науковців, які доводять, що функціональна (фізична) реабілітація передбачає «застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною і лікувальною метою в комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану і працездатності постраждалих військовослужбовців та інвалідів. Вона є складовою клінічної реабілітації і застосовується в усіх її періодах і етапах» [129, с. 9].

Як доводять науковці [101; 124; 159] фізична реабілітація посідає чільне місце в суспільстві і використовується в соціальній та професійній реабілітації як лікувальний та професійний засіб з метою комплексного відновлення фізичного здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Основною формою її застосування є система спеціальних вправ, психологічного відновлення та природні фактори. Фізична реабілітація є невід'ємною складовою медичної реабілітації і використовується в усіх її періодах та етапах. У найбільш загальному контексті фізична реабілітація являє собою доволі нову

інтеграційну галузь освіти і науки України, яка прогресує в напрямку профілактики і оздоровлення певної категорії населення суспільства. У нашому конкретному випадку – мова йде про комбатантів.

Ми переконані у тому, що комплексна реабілітація військовослужбовців буде проходити ефективніше за умови врахування *професійної реабілітації*, яка у Термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я [149] трактується як комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування. Професійна реабілітація учасників бойових дій, у розумінні О. Кокуна полягає у «професійній орієнтації, професійній освіті, професійно-виробничій адаптації й працевлаштуванні» [129, с. 10].

Вважаємо, що професійний аспект реабілітації передбачає розв'язання питань, пов'язаних з працевлаштуванням, професійним навчанням і перенавчанням, визначенням працездатності реабілітованих. У найбільш загальному розумінні, професійна реабілітація 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) [46, с. 126].

З'ясовано, що такий вид реабілітації як *професійно-психологічна* 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. Як наголошують фахівці [66; 109; 129], 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.

Слід зазначити, що окрім охарактеризованих вище видів реабілітації виділяють й інші. Зокрема, існує *екстрена* реабілітація, 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 [149]. *Соціально-економічна* реабілітація зосереджена на взаємовідносинах тих, кого реабілітують, із суспільством, сім'єю; пенсійним забезпеченням. Вона полягає в тому, щоб повернути реабілітованому економічну незалежність і соціальну повноцінність.

Підсумовуючи наголосимо, що усі види реабілітаційної діяльності з комбатантами є доволі вагомими та 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.

3.2. Організаційні аспекти реабілітації комбатантів з урахуванням сучасних інновацій

За даними Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників АТО, станом на 10.01.2017 року реабілітаційні центри надали соціально-психологічну допомогу 10 321 військовослужбовцю, які були демобілізовані після участі в АТО, та 10 426 членам родин військовослужбовців Збройних Сил України. Санаторно-курортне лікування (кількість путівок) отримали 4 429 військовослужбовців. Внаслідок участі в

АТО отримали інвалідність 4 538 осіб, які нині звільнилися з лав Збройних Сил. Зокрема, пройшли соціально-психологічну адаптацію (перенавчання) 5 564 ветеранів [129, с. 6].

Погоджуємося із висновком українських науковців [108; 116; 129] про те, що учасники збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значимості, оскільки серед ветеранів, які були вперше визнані інвалідами, понад половини - особи працездатного віку. Повністю поділяємо позицію О. Карпенко [67], у тому, що до професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери в умовах університетської освіти необхідний виважений та системний підхід.

Нині майбутній фахівець соціальної сфери має уміти активно сприяти досягненню поставлених цілей щодо організації та здійснення реабілітаційної діяльності з різними категоріями клієнтів. Головним його пріоритетом має бути уміле проведення реабілітаційної діяльності, яка допоможе клієнтам якомога швидше відновити втрачений потенціал. У міру розширення масштабів виникнення нових соціальних проблем, все більшої актуальності набуває потреба формування професійної компетентності майбутніх фахівців у здійсненні реабілітаційної діяльності.

Як аргументовано доводить В. Самойленко, що професіоналізм, як високий стандарт цілеспрямованої діяльності соціального реабілітолога, виражається передусім у її стабільності і результативності, в ефективному індивідуальному стилі та характеризується як об'єктивними (визначаються його відповідністю професії, особистим внеском у соціальну практику, здатністю фахово розв'язувати проблеми клієнта, надавати допомогу різним групам населення, рівнем фахових знань, умінь і навичок), так і суб'єктивними показниками (залежать від особливостей перебігу основних психічних процесів, сформованості комунікативних навичок, уміння діяти у складних і неординарних фахових ситуаціях тощо) [135, с. 130]. У баченні Н. Олексюк

«професіоналізм фахівця соціальної реабілітації – це поєднання знань, умінь, навичок та досвіду, що формується у процесі як професійної підготовки майбутнього спеціаліста, так і під час його практичної діяльності» [112, с. 42].

Отже, в умовах, постійного зростання числа учасників бойових дій, проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції (далі АТО) в суспільство є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави. Таким чином, ще зі студентської лави майбутніх соціальних працівників та практичних психологів необхідно системно готувати до організації кваліфікованої реабілітаційної діяльності.

Виходячи із сутності проблем, які повинен вирішувати професіонал у сфері соціальної реабілітації *метою* професійної підготовки фахівця означеної кваліфікації науковці Т. Мосійчук [99, с. 84–85] та Н. Олексюк [14, с. 346–347] визначили такі напрямки:

– оволодіння систематизованими знаннями (про теоретичні засади соціальної реабілітації; специфіку реабілітаційної роботи з різними соціальними групами; види та рівні реабілітаційної роботи; вимоги до фахівця, який здійснює соціальну реабілітацію);

– формування умінь (надавати допомогу особам, які потребують соціальної реабілітації та адаптації; здійснювати реабілітаційну роботу з різними соціальними групами; налагоджувати зв'язки з усіма можливими суб'єктами реабілітаційної допомоги) і навичок (соціально-психологічного і ситуаційного аналізу; діагностики умов і рівня життєдіяльності різних соціальних категорій і груп населення; презентації своїх ідей перед різними групами; написання звітів, проектних заявок);

– розвиток необхідних особистісних професійних якостей (відповідних психофізіологічних характеристик (психічних процесів і станів, емоційних й вольових проявів); психологічних якостей, що характеризують соціального реабілітолога як особистість (самоконтроль, самокритичність,

самооцінка власних вчинків, стресовитривалість); психолого-педагогічних якостей, від яких залежить особиста привабливість фахівця (комунікабельність, емпатійність, атрактивність, красномовність, креативні здібності (творчість спеціаліста) та ціннісно-мотиваційний аспект (морально-етичні орієнтири)).

Результатом освітнього процесу є професійна готовність фахівця до проведення реабілітаційної діяльності, яка у баченні Н. Олексюк трактується як «сукупність взаємопов'язаних рис (особистісних, професійних, спеціальних), уміння застосовувати їх у процесі соціальної реабілітації, досконале володіння теоретичними знаннями і практичними навичками, здатність творчо вирішувати проблеми, нести відповідальність за наслідки своєї роботи, а також професійне зростання шляхом постійного саморозвитку, самовдосконалення та самоосвіти» [202, с. 347].

На основі проведеного аналізу напрацювань Н. Олексюк [14; 112] та В. Баранова [30], до шляхів оптимізації процесу професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної реабілітації необхідно віднести:

- побудову педагогічного процесу на засадах особистісно-діяльнісного підходу;
- виокремлення відповідної складової в змісті варіативної частини професійної освіти й розробка на цій основі розробка спецкурсів;
- поглиблення професійної спрямованості змісту професійно орієнтованих навчальних дисциплін та вдосконалення практичної підготовки у реабілітаційних центрах та структурах;
- активізацію та стимулювання самостійної роботи студентів;
- організацію різнопланової позааудиторної роботи;
- поглиблення співпраці із соціальними структурами.

Перед соціально-педагогічною наукою в цьому напрямку постають завдання дослідження та вироблення практико зорієнтованих стратегій практичної діяльності з учасниками військових дій в процесі проведення реабілітаційної діяльності, що спрямована на підтримання і зміцнення їхнього

статусу як особи; розробки ефективних реабілітаційних технологій, програм психолого-педагогічної допомоги, використання яких сприятиме розвитку у комбатантів здатності зберігати і відновлювати не лише своє здоров'я, а й активно самовизначатися.

Найактуальнішими організаційними аспектами професійної підготовки майбутніх соціальних працівників та практичних психологів у ВНЗ вважаємо належний рівень опанування ними інноваційними *методами, моделями і інноваційних методик*, що можуть бути використані під час організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які приймали участь у бойових діях.

У ході вивчення означеного кола проблематики було з'ясовано, що до найперспективніших *методів* організації реабілітації науковці [45; 89; 147; 170] відносять: психоедукацію, стабілізацію (техніки заземлення, техніки релаксації), роботу з травмою та адаптацію до змін у житті. Розглянемо названі методи.

До прикладу з психологічної точки зору методика дзеркальної терапії – «Дзеркальний зоровий зворотній зв'язок», запропонована в 1995 р. професором кафедри психології Каліфорнійського університету в Сан-Дієго (США) Рамачандраном [47] особливо актуальна у зв'язку з подіями на Сході України і збільшенням кількості військових із ампутованими кінцівками. Методика успішно застосовується для лікування пацієнтів, яких турбують фантомні болі після перенесеної ампутації кінцівки. Фантомний біль – пекуче болісне відчуття в ампутованій кінцівці, що виникає у пов'язаній з нею дієздатній ділянці мозку. Загальний алгоритм використання цієї методики полягає в наступному: для роботи необхідне дзеркало достатньо великого розміру, яке розташовують так, щоб було у ньому видно здорову кінцівку. Пацієнт рухає кінцівкою і дивиться виключно на її відображення. Мозок починає сприймати відображену кінцівку як реально існуючу ампутовану. Це призводить до активації відповідних

моторних ділянок кори головного мозку. Такі щоденні сеанси протягом кількох тижнів значно послаблюють фантомний біль.

Як доводить Д. Романовська та О. Ілащук [126] важливим методом реабілітаційної діяльності є також залучення бійців із втраченими кінцівками у групову роботу. Методи групової роботи мають суттєвий позитивний вплив на реабілітацію у цілому та допомагають адаптуватися комбатантам до умов мирного життя, до відновлення нормального сімейного спілкування та до конструктивної взаємодії із суспільством.

Як доводять А. Бандура [29, с. 117–124], Л. Цветкова [150, с. 15–33] та Н. Яковлева [173, с. 19–21] в основу реалізації реабілітаційної діяльності комбатантів соціальний фахівець може покласти такі практичні *моделі*, як:

- навчання життєвим навичкам;
- мотивації;
- афективного навчання;
- копінг-поведінки;
- самоефективності;
- соціальної підтримки.

Отже, у найбільш загальному контексті, як доводить український науковець Л. Коробка [74] *модель розвитку життєвих навичок*, як встановлено базується на формуванні уміння розвивати у комбатантів конкретні життєві навички. Зокрема, фахівець, який працюватиме з комбатантами повинен представити переконливу та доволі вагому інформацію про якість і стиль життя, здоровий спосіб життя, способи зміцнення здоров'я. Встановлено, що під час практичної діяльності доцільно зробити головний акцент на формуванні особистих навичок управління своєю поведінкою. Тобто необхідно максимально повно сфокусувати головну увагу військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на розвиток у них таких умінь, як:

- фіксувати вибір подальшого стилю життя;
- розробити перспективний план для самовдосконалення;

– розвинути навички особистісного контролю.

Ця модель спрямована на надання посильної допомоги комбатанту в оволодінні найефективнішими стратегіями прийняття рішень. Вагому роль відіграють й такі життєві навички як зниження тривоги, психосоматичної саморегуляції і релаксації; навчання соціальним навичкам (комунікації, відстоювання своїх позицій, налагодження соціальних контактів).

Важливою у практичній роботі з військовослужбовцями, які були учасниками бойових дій є використання *моделі мотивації*. За баченням А. Бандури [29], в її основу необхідно покласти переконання про те, що без розуміння особою необхідності зміни свого мислення та стилю життя, якість життя буде не високою, а тому у людини не буде вагомих шансів самовдосконалення і як наслідок можна очікувати появу психологічної та соціальної дезадаптації, а з часом відбудеться й руйнування духовного світу комбатантів. У цьому контексті важливою є робота фахівця, що займається реабілітаційною діяльністю із мотивацією комбатанта. Тобто, практична діяльність на основі моделі мотивації спрямована на загальне підвищення у комбатантів самоефективності щодо відновлення втраченого сенсу життя.

У процесі аналізу напрацювань Л. Цветкової [150], з'ясовано, що зміст програм *афективного навчання* військовослужбовців, які були учасниками бойових дій полягає в тому, щоб навчити їх ефективно регулювати та корегувати власний емоційний стан. Як доводить Л. Коробка [73] необхідно стимулювати процес самовизначення особи щодо здоров'я в контексті проблеми адаптації до умов і наслідків воєнного конфлікту. Автор наголошує на тому, що доцільно робити головний акцент на тому, що комбатант повинен не вдаватися до різних форм саморуїнної поведінки відновити свій втрачений статус та легко повернутися до мирного життя. Внутрішня активізація потенціалу особи передбачає постійне підкріплення активного і позитивного світосприймання, розвиток здібностей і ресурсів, спрямованих на досягнення індивідуальних і суспільних цілей; розширення знань та вдосконалення

практичних умінь і навичок, які допомагають критичному сприйманню соціальних відносин та соціального оточення, встановленню контролю щодо способу життя та розширенню можливостей, як життєвого самовизначення.

Використання *моделі копінг-поведінки* в контексті нашої проблеми полягає в розумінні необхідності актуалізації ефективних копінг-стратегій, які пов'язані із використанням внутрішніх ресурсів особистості і середовища. Тобто, науковці [74, с. 177] доводять, що вагомим потенціалом володіють особистісні копінг-стратегії, які безпосередньо базуються на використанні позитивної Я-концепції, підвищенні рівня емпатії та вдосконаленні внутрішнього локус-контролю. Тоді, як соціальні копінг-стратегії охоплюють практичну діяльність, що передбачає соціальну підтримку, яка забезпечується членами сім'ї, друзями, іншими значущими для комбатантів особами, а також соціальними мережами.

У процесі дослідження було з'ясовано, що в основі моделі *самоефективності* лежить розуміння того, що станом свого благополуччя, здоров'я людина може ефективно управляти самостійно. Щоб управляти своїм життям необхідно бути обізнаним, вмотивованим, мати віру в себе, бути переконаним у своїй здатності керувати подіями, які впливають на життя та здоров'я, ефективно діяти. Висока результативність діяльності, зазвичай, виявляється пов'язаною з високою самоефективністю, яка виступає найкращим предиктором поведінки, що сприяє відновленні колишнього військовослужбовця у мирному житті. Відзначимо, що на основі опрацювання наукової публікації Н. Яковлева [173, с. 19–21] було встановлено, що набуття та підвищення самоефективності особи в кризових умовах існування можна досягти або шляхом саморозвитку, або під впливом ззовні, наприклад, в результаті переконання іншою значущою (авторитетною) особою та під впливом групи (відчуття групової ефективності), як переконання людей у тому, що їхні спільні зусилля можуть спричинити соціальні зміни.

Модель соціальної підтримки визначає, що соціальна підтримка, як функціональна складова міжособистісних відносин, може бути поділена на чотири широких види підтримуючої поведінки: емоційна (прояв емпатії, любові, довіри та турботи); інструментальна (реальна допомога іншим); інформаційна (сприяння у вирішенні проблем шляхом надання важливої інформації, поради, пропозицій); зворотній зв'язок (підтримка у формі оцінки поведінки, ефективності вирішення проблем, інформації, яка важлива для підтримки позитивної самооцінки) [74, с. 178]. Ми переконані у тому, що соціальні стосунки можуть сприяти психологічній, соціальній адаптації, засвоєнню форм здорової поведінки і відновленню, якщо вони мають характер підтримки та можуть ефективно впливати на вдосконалення особистісних та професійних якостей колишніх військовослужбовців, які були учасниками військових дій. А тому аспекти, які стосуються налагодження соціальної підтримки комбатантів повинні бути в полі зору фахівців, які реалізовуватимуть реабілітаційну діяльність.

Таким чином, практичне використання моделей навчання життєвим навичкам, мотивації, афективного навчання, копінг-поведінки, самоефективності та соціальної підтримки допоможе активізації потенціалу та використання внутрішніх ресурсів комбатантів, завдяки яким військовослужбовці, які приймали участь у військових діях самостійно зможуть підтримувати і відновлювати свій статус в процесі адаптації до умов мирного життя після наслідків воєнного конфлікту. Ці моделі допоможуть урізноманітнити реабілітаційну діяльність, а тому вони повинні бути в професійному арсеналі фахівців (соціальних працівників та практичних психологів).

Зупинимось більш ґрунтовніше на характеристиці *інноваційних методик* роботи з тим особами, які пережили сильний травматичний стрес. Відзначимо, що до такого стресу ми відносимо й стрес, який отримали ті військовослужбовці, які були учасниками військових дій. Зокрема, іноземні

науковці С. Джозеф (S. Joseph) та А. Лінлей (A. Linley) [12], а також Р. Тедескі (R. Tedeschi) та Л. Калхоун (L. Calhoun) [18] зосереджують основну увагу під час реабілітаційної діяльності з такими клієнтами на доцільності *посттравматичного зростання* особистості.

Так українські науковці В. Осьодло [115] та О. Шелюг [168] виділяють два підходи до оцінювання та вимірювання посттравматичного зростання – якісний та кількісний, які використовуються у дослідженнях та мають сильні й слабкі сторони, що обов'язково слід враховувати при плануванні реабілітаційної діяльності з комбатантами. Першим було застосовано якісний підхід, який тривалий час послуговував основою для значної кількості засадничих досліджень. Зокрема, як доводить В. Осьодло «він представлений такими методиками як письмове есе, техніка життєвої історії, експресивне письмо, наративні техніки та структуроване інтерв'ю» [115, с. 38].

Особливої поширеності серед вищезазначених методик якісного підходу отримало *структуроване інтерв'ю*, яке спрямовувалось на позитивні зміни або здобутки в результаті травматичної події та використовувало відкритий формат запитань. В них часто позитивні та негативні зміни оцінювалися одночасно.

З'ясовано, що ранні дослідження у галузі позитивних наслідків травматичного стресу опиралися саме на якісні дані, що дозволило сформуванню уявлення про різноманіття проявів зростання. Це одна із суттєвих переваг якісних методик над кількісними, адже опитувальники не можуть охопити всі сфери посттравматичного зростання, більше того, досліджувані не обмежені визначеним набором шкал, а доповідають про існуючий та значущий для них досвід. Вони, як наголошує О. Шелюг [168] мають низку недоліків, що пов'язані із значними витратами часу і складністю охопити велику вибірку, певною упередженістю у постановці питань інтерв'ю. *Наративні техніки* дозволяють глибше зрозуміти досвід особистісного зростання, проте не існує загальноприйнятого способу порівняння отриманих індивідуальних даних.

У процесі дослідження було встановлено, що в останні роки іноземні науковці [4; 8] все частіше почали апелювати до стандартизованих і валідизованих методик кількісного підходу. Така ситуація пояснюється прагненням уніфікувати отримані дані з різних досліджень, різних травматичних ситуацій та різних категорій досліджуваних.

Констатуємо, що практичні дослідження посттравматичного зростання в межах кількісного підходу почали з'являтися в першій половині 90-х років минулого століття. Воно базувалися на використанні хоча і погано валідизованих, проте кількісних методик оцінювання посттравматичного зростання. Справжнім проривом в цьому питанні стали дослідницькі роботи у 1996 р. у яких було представлено дві стандартизовані та валідизовані методики кількісного вимірювання позитивних наслідків травматичного досвіду – «Шкала пов'язаного зі стресом зростання» та «Опитувальник посттравматичного зростання» [72]. В 1998 році також було розроблено «Шкалу знаходження вигод». Усі опитувальники пропонують оцінити ступінь посттравматичних особистісних змін у різних сферах за допомогою шкал Лікерта. Кількісний підхід має переваги: 1) можливість дослідження багато чисельних вибірок різних груп населення; 2) уніфікація наукових уявлень про конструкт посттравматичного зростання серед дослідників з різних країн; 3) можливість кількісного вимірювання прояву посттравматичного зростання та оцінювання його за заздалегідь визначеними сферами; 4) швидкість отримання значного масиву даних; 5) валідизація методик на значній кількості вибірок досліджуваних та встановлені нормативні дані для них.

Недоліки: 1) методики не є всеосяжними з огляду на набір шкал, тобто позитивні зміни можуть траплятися у тих сферах, які не враховані розробниками; 2) шкали відповідей у даних опитувальниках є уніполярними, тобто не надають можливості доповідати про негативні зміни у тих чи інших аспектах; 3) сучасні методики вимірювання посттравматичного росту не

забезпечують жодної інформації про причини, з яких досліджувані обирають варіанти відповідей, що вказують на «нульове» зростання [168].

Опанувальна поведінка знаходиться у постійному розвитку, який, в свою чергу, передбачає максимально можливе надбання суб'єктом особистісно-корисних життєвих навичок. Наприклад, підвищення психологічного опору сильним подразникам, набуття навичок стресостійкості та емоційної саморегуляції тощо. Замість пасивного адаптування суб'єкт вчиться активно впливати на стресогенну ситуацію, змінювати її. Зниження використання опанувальних навичок та послаблення опанування в цілому, внаслідок впливу дистресу або еустресу, може бути викликано втратою людиною психологічних ресурсів. Це призводить до виснаження і, як наслідок, обирає неефективних, деструктивних копінг-стратегій.

Саме учасники бойових дій в «гарячих» точках доволі часто можуть потребувати реабілітаційної допомоги по відновленню опанувальної поведінки. Встановлено, що відсутність *опанувальної поведінки* спричиняє шкоду психічному здоров'ю комбатантів. На основі опрацювання публікацій І. Корнієнка [72, с. 75–76] з'ясовано, що виникає певна послідовність у спричиненню такої шкоди, а саме:

1. Стресовий чинник, який безпосередньо впливає на зміну психічного здоров'я комбатанта.
2. Емоційна нестабільність, що розвивається в результаті дії стресогенного фактору.
3. В когнітивній, емоційній і поведінковій сферах формуються дезадаптивні копінг-стратегії.
4. Відбувається формування внутрішнього конфлікту.
5. Відбувається порушення психічного здоров'я, коли замість вирішення проблеми, особа починає шукати обхідні шляхи або взагалі опускає руки, губиться у відірваних від реальності фантазіях.

У практичному аспекті ми виходили з тих міркувань, що поки комбатанти не вибудують для себе оптимальний план опанування з корисними копінг-навичками, їх будуть наздоганяти ті самі проблеми, що завжди були характерними саме для неї.

Таким чином, професійна підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери у якості соціальних реабілітологів є складним багатогранним процесом формування особистості професіонала, що забезпечується усіма наявними в освітньому закладі засобами і передбачає його готовність до означеного виду професійної діяльності.

3.3. Практичні поради та діагностичні методики для ефективної реалізації реабілітаційної діяльності з комбатантами

Як довели українські науковці-практики [56; 129; 151], у значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів.

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військових, так і мирних жителів), зростає вдвічі і сягає 15 – 20 %. При цьому, як свідчать дослідження, більшість осіб, які пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно. Тож важливо не перебільшувати проблему, але водночас і не мінімізувати її. Актуально також усвідомлювати і те, що у значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а можуть з'явитися за якийсь час.

Варто пам'ятати фахівцям-реабілітологам, що ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів. Зокрема до найбільш

суттєвих відносять: порушення контролю, депресії, зловживання психоактивними речовинами, тривожні розлади, спалахах злості та ін.

Насамперед констатуємо, що фахівець, що займатиметься організацією та проведенням різних видів реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які були учасниками військових дій, повинен мати ґрунтовну гуманітарну (психолого-педагогічну) освіту та володіти глибокими та різносторонніми знаннями в галузі психології, соціальної роботи, соціальної педагогіки, колекційної і реабілітаційної педагогіки. Слід брати до уваги й той аспект, що фахівець-реабілітолог з освітою практичного психолога чи соціального працівника не має права займатися діагностикою психічних захворювань, не має права лікувати і призначати лікарські препарати. Його сфера професійної діяльності з комбатантами не має відношення до медичного лікування хвороб.

Слід брати до уваги той аспект, що у професійній компетенції фахівця, який організовуватиме реабілітацію, повинні бути, в обов'язковому порядку, такі практичні уміння і навички, які дозволять йому ефективно та компетентно проводити розмежування психопатологічних симптомів від умовно нормальної своєрідної поведінки і переживань комбатантів. Так, професіонал повинен вміти розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоційній сфері, поведінці, міжособистісних відносинах, щоб не допустити помилки під час інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади.

У нашому баченні у практичного психолога та соціального працівника повинна бути обізнаність в питаннях організації усіх видів реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які приймали участь у бойових діях, а також у них має бути чітке усвідомлення меж своєї професійної компетенції відповідно до отриманої освіти у ВНЗ. Вважаємо, що необхідність адекватного розуміння зони своєї фахової компетенції стає особливо актуально, тоді, коли мова йде про серйозні психічні розлади у клієнтів, а також у тих випадках, коли

комбатанти стають об'єктами необґрунтованого та некомпетентного втручання.

Хочемо наголосити на тому, що соціальні працівники та практичні психологи повинні усвідомлювати те, що вони повинні бути фахівцями в міждисциплінарній галузі. У цьому контексті до них, як до фахівців-реабілітологів ставляться досить високі вимоги.

Насамперед зазначимо, що у майбутнього фахівця, який хоче бути компетентним у питаннях реабілітаційної діяльності у цілому та в питаннях організації реабілітації комбатантів повинні бути сформовані такі особистісно-професійні *якості* як:

- ерудованість;
- гнучкість мислення;
- допитливість;
- відкритість до нових знань
- толерантність до клієнтів.
- конфіденційність.

Саме дві останні якості вважаємо профілюючими. Тобто, толерантність розглядаємо як моральну цінність, яка передбачає визнання універсальних прав і основних свобод своїх клієнтів. Важливими характеристиками толерантного соціального працівника та практичного психолога, що проводить реабілітацію комбатантів, є розуміння поглядів, звичок, почуттів, способів дій, відмінних від власних. Вважаємо, що толерантність має виступати основою світосприйняття фахівця-реабілітолога та домінувати в комплексі його ціннісних орієнтацій.

Фахівець під час реабілітаційної діяльності повинен обов'язково наголосити на тому, що вся надана клієнтом інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, необхідно про інформувати клієнта й про те, що у тому випадку, коли буде виявлено існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано (начальнику), лікарю тощо.

Наголосимо й на тому чиннику, що ще й нині у час, коли п'ятий рік на теренах нашої Вітчизни відбуваються бойові дії існує ситуація певної невизначеності, в якій доводиться працювати фахівцям. Констатуємо, що є багато як законодавчих, так і методологічних аспектів, які суттєво ускладнюють професійну діяльність щодо організації реабілітації військовослужбовців, які були учасниками військових дій. Усі ці аспекти доволі часто стають об'єктивними чинниками, які перешкоджають організації та проведенню реабілітації комбатантів на високого рівні, а також часто перевантажують практичних психологів та соціальних працівників тривогою. Однак усі ці об'єктивні труднощі дозволяють також перевірити професіоналізм фахівців та дають можливість визначити їхні адаптивні можливості. У нашому розумінні вміння справлятися з ситуацією невизначеності, а також тривогою є свідченнями професійної компетентності фахівця та його професійної зрілості. Саме професійна зрілість практичного психолога та соціального працівника дозволяє йому прийняття відповідальності за особистісні потреби, визнання їх існування, розуміння їх динаміки і має на увазі сформовані вміння надавати кваліфіковану реабілітаційну допомогу своїм клієнтам – комбатантам.

На основі вивчення напрацювань науковців-психологів [40; 65; 87; 129; 142] були розроблені основні *правила* для фахівців, які будуть працювати з комбатантами. Отже, до найвагоміших порад віднесено:

1. Якщо клієнт звертається з приводу ПТСР і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з ПТСР, а проблема депресії відступатиме після успішного подолання ПТСР.

2. Якщо при обстеженні комбатантів із ПТСР буде виявлено високий ризик суїциду або потенційну загрозу нанесення шкоди іншим людям, то у такому разі фахівці повинні спершу зосередити головну увагу на подоланні цього ризику.

3. Якщо особи з ПТСР страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію ПТСР (про що, наприклад, свідчить

значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то фахівцям необхідно, насамперед, зосередитися на подоланні депресії.

4. Якщо потерпілі з ПТСР страждають від алкогольної або наркотичної залежності, або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання ПТСР, то фахівцям варто спочатку зосередитися на подоланні проблеми з наркотиками чи з алкоголем.

5. Тих військовослужбовців, які втратили близького друга чи родича через неприродну або раптову смерть під час військових дій, необхідно обстежити на наявність ПТСР або ускладнену реакцію втрати. Здебільшого, фахівці повинні спершу працювати над подоланням ПТСР, не ухиляючись від обговорення втрати.

6. Під час оцінки стресорів повинна обережно використовуватися термінологія, пов'язана з поведінкою, необхідно уникати таких спеціальних слів, як зловживання, насильство та ін., які за своїм внутрішнім змістом неточні і можуть по-різному сприйматися комбатантами.

Як свідчить практика доволі важко молодим недосвідченим фахівцям проводити діагностику проблем комбатантів. Зупинимося на цих аспектах більш докладніше. Зокрема, під час організації діагностичного дослідження, було враховано поради науковців [27; 35; 140; 141] щодо потреби використовувати лише валідних діагностичних методик та апробований методичний інструментарій.

З практичної точки зору, вважаємо, що в арсеналі фахівця мають бути такі матеріали, як:

– *Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Бреслау та ін., 1999 р.),*

– *Анкета «Стрес-фактори»*

– *Опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події» (ШОВТП);*

- Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД);
- Опитувальник респондента про стан здоров'я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії;
- Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова.

Представимо виокремлені методики:

Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Дозволяє в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР.

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

Інтерпретація результатів

4 і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР. У такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику респондента на наявність ознак ПТСР.

Анкета «Стрес-фактори»

Анкета 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.

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”.

з/п	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	
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	

Опитувальник «Шкала оцінки впливу травматичної події» (ШОВТП)

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

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	Інколи	Часто
Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося				
Я не міг спокійно спати вночі				
Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося				
Я відчував постійне роздратування і гнів				
Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї				
Я думав проти своєї волі про те, що трапилося				
Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним				
Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося				
Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості				
Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
Я намагався не думати про те, що трапилося				

Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути				
Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані				
Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
Мені було важко заснути				
Мене буквально захиляли нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті				
Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь				
Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс				
Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося				
Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане				
Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося				

«Ключ»

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів:

Усі 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.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)

Шкала розроблена з метою уточнення тривалості і інтенсивності стресової дії бойової обстановки.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Ці питання стосуються характеру і тривалості Вашого перебування в умовах бойових дій (якщо таке з Вами відбувалося). Під кожним запитанням є шкала, прорангована від 0 до 3 (або від 0 до 4). Оберіть на цій шкалі позицію, яка максимально наближена до опису Вашого військового досвіду, і обведіть цифру у відповідності з Вашим вибором».

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

0 1 2 3 4

жодного разу; 1-3 рази; 4-12 разів; 13-50 разів; більше 50 разів

2. Чи перебували Ви коли-небудь в зоні обстрілу з боку супротивника?

0 1 2 3 4

жодного разу; менше 1 місяця; 1-3 місяці; 4-6 місяців; більше 6 міс.

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

0 1 2 3 4

жодного разу; 1-2 рази; 3-12 разів; 13-50 разів; більше 50 разів

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало без вісти під час бойових дій?

0 1 2 3

Жодного; між 1-25 %; між 26-50%; більше ніж 50%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

0 1 2 3 4

жодного разу; 1-2 рази; 3-12 разів; 13-50 разів; більше 50 разів

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

0 1 2 3 4

жодного разу; 1-2 рази; 3-12 разів; 13-50 разів; більше 50 разів

7. Як часто Ви наражались на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

0 1 2 3 4

жодного разу; 1-2 рази; 3-12 разів; 13-50 разів; більше 50 разів

8. Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви зазнали під час бойових дій (потрібне позначити):

- дислокування в спостережному пункті на передовій;
- перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія, ракети або міномети);
- траплялися міни або міни-пастки під час дозору або в місці несення служби;
- підрозділ був обстріляний снайперським вогнем;
- підрозділ потрапляв в засідку.

9. Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь «Так», то опишіть природу свого поранення

10. Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь «Так», то вкажіть групу інвалідності _____

В результаті чого вона отримана? _____

У зв'язку з відсутністю загальновизнаних нормативів шкали, відносним ступенем небезпеки та патогенності кожної з ознак, що використовуються в шкалі, індивідуальним значенням будь-якої травмуючої події, неможливістю до теперішнього часу провести кількісну оцінку тяжкості кожного із стресорів, що враховуються, ця методика застосовується лише в дослідницьких цілях (в основному в порівняльних дослідженнях), а не при клінічній діагностиці та експертизі.

**Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) –
шкала самооцінки депресії**

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.

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)»

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
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	0	1	2	3

виправдали сподівань своєї родини				
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

Сума Загальний бал = _____

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*

Загальний бал тяжкості депресії:

0-4 – депресія відсутня;

5-9 – легка («субклінічна») депресія;

10-14 – помірної тяжкості депресія;

15-19 – середньої тяжкості депресія;

20-27 – тяжка депресія.

* Бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%.

Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєнєва

Призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам у даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що означає Вашу відповідь:

5 = «абсолютно вірно»;

4 = «скоріше вірно»;

3 = «частково вірно, частково невірно»;

2 = «скоріше невірно»;

1 = «абсолютно невірно».

	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
1	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим	5	4	3	2	1
2	Я добре координую свої рухи	5	4	3	2	1
3	Я відчуваю втому	5	4	3	2	1
4	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі	5	4	3	2	1
5	Раптово у мене буває сильне серцебиття	5	4	3	2	1
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення	5	4	3	2	1
7	Світ, який мене оточує, здається нереальним	5	4	3	2	1
8	Я здригаюся від раптового шуму	5	4	3	2	1
9	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх	5	4	3	2	1

10	Я абсолютно здоровий фізично	5	4	3	2	1
11	Мені приносить задоволення знаходитися серед людей	5	4	3	2	1
12	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека	5	4	3	2	1
13	Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний	5	4	3	2	1
14	Я часто бачу один і той же страшний сон	5	4	3	2	1
15	Безумовно, я винуватий перед людьми	5	4	3	2	1
16	Дурниці дратують мене	5	4	3	2	1
17	Я намагаюся не дивитися телевизор, якщо показують хроніку драматичних подій	5	4	3	2	1
18	Мені подобається моя робота	5	4	3	2	1
19	Я пережив серйозну втрату	5	4	3	2	1
20	Я добре висипаюся ночами	5	4	3	2	1
21	Я ніколи не бачу страшних снів	5	4	3	2	1
22	Іноді мені хочеться напитися	5	4	3	2	1
23	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу	5	4	3	2	1
24	У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено	5	4	3	2	1
25	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити	5	4	3	2	1
26	Багато речей втратили для мене інтерес	5	4	3	2	1
27	Без жодного приводу я можу вийти із себе	5	4	3	2	1
28	Мені слід було б дотримуватися дієти	5	4	3	2	1
29	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми	5	4	3	2	1
30	Буває, що я забуваю речі	5	4	3	2	1
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене	5	4	3	2	1
32	Мені необхідно краще контролювати емоції	5	4	3	2	1

33	Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз	5	4	3	2	1
34	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби	5	4	3	2	1
35	Я прокидаюся від раптового страху	5	4	3	2	1
36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі	5	4	3	2	1
37	Часом я відчувають озноб	5	4	3	2	1
38	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду	5	4	3	2	1
39	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами	5	4	3	2	1
40	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків	5	4	3	2	1
41	Мені важко заснути	5	4	3	2	1
42	Я відчуваю самотність	5	4	3	2	1
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно	5	4	3	2	1
44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною	5	4	3	2	1
45	Часом мене радують найнезначніші речі	5	4	3	2	1
46	Я відчуваю прилив сил	5	4	3	2	1
47	Вранці я дуже важко прокидаюся	5	4	3	2	1
48	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати	5	4	3	2	1
49	Я відчуваю сором	5	4	3	2	1
50	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий	5	4	3	2	1
51	Я настільки міцно сплю, що гучні звуки або яскраве	5	4	3	2	1

	світло не можуть мені перешкодити					
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні	5	4	3	2	1
53	Я часто думаю про майбутнє	5	4	3	2	1
54	Іноді я серджуся	5	4	3	2	1
55	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам	5	4	3	2	1
56	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити	5	4	3	2	1
57	Останнім часом мій настрій погіршився	5	4	3	2	1
58	Мені немає на кого покластися	5	4	3	2	1
59	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги	5	4	3	2	1
60	Безумовно, я люблю ризикувати	5	4	3	2	1
61	Мені подобається «чорний гумор»	5	4	3	2	1
62	Я в усьому покладаюся на самого себе	5	4	3	2	1
63	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду	5	4	3	2	1
64	Іноді мені здається, що я заплутався в житті	5	4	3	2	1
65	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене вимагалось	5	4	3	2	1
66	Я відчуваю інтерес і смак до життя	5	4	3	2	1
67	Мені весело та легко в компанії друзів	5	4	3	2	1
68	Я багато і плідно працюю	5	4	3	2	1
69	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ	5	4	3	2	1
70	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми	5	4	3	2	1
71	Я ніколи не відчував страху	5	4	3	2	1
72	Мені було б корисно побути на самоті	5	4	3	2	1

73	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше	5	4	3	2	1
74	Моє життя різноманітне і насичене подіями	5	4	3	2	1
75	Я ніколи не вчиняв так, щоб потім було б соромно	5	4	3	2	1
76	Чужі труднощі мало кого хвилюють	5	4	3	2	1
77	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки	5	4	3	2	1
78	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє	5	4	3	2	1
79	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати	5	4	3	2	1
80	Я гостро сприймаю чужу біль	5	4	3	2	1
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю	5	4	3	2	1
82	Мене турбують головні болі	5	4	3	2	1
83	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону	5	4	3	2	1
84	Я не проти додаткового заробітку	5	4	3	2	1
85	Сторонні звуки відволікають мене	5	4	3	2	1
86	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується	5	4	3	2	1
87	Я вірю в торжество справедливості	5	4	3	2	1
88	Моє серце працює як звичайно	5	4	3	2	1
89	Іноді я приймаю пігулки	5	4	3	2	1
90	Є речі, які я не можу собі пробачити	5	4	3	2	1
91	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе	5	4	3	2	1
92	Алкоголь добре знімає будь-який стрес	5	4	3	2	1
93	Я не схильний скаржитися на здоров'я	5	4	3	2	1
94	Мені хочеться все троцити на своєму шляху	5	4	3	2	1
95	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям	5	4	3	2	1

96	Мені важко стримувати свій гнів	5	4	3	2	1
97	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший	5	4	3	2	1
98	Я ніколи не втрачав свідомість	5	4	3	2	1
99	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів	5	4	3	2	1
100	Я придбав у житті хороших друзів	5	4	3	2	1
101	Мене вважають урівноваженою людиною	5	4	3	2	1
102	Нервово напруження добре знімає сауна	5	4	3	2	1
103	Я відчуваю розгубленість	5	4	3	2	1
104	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека	5	4	3	2	1
105	Я працюю, не відчуваючи втоми	5	4	3	2	1
106	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження	5	4	3	2	1
107	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух	5	4	3	2	1
108	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах	5	4	3	2	1
109	Я почуваю себе цілком впевненим	5	4	3	2	1
110	Мені є за що дякувати долі	5	4	3	2	1

«Ключ»

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	ГСР (гострий стресовий розлад)
А (1): подія травми – 19, 39, 79	А (1): подія травми – 19, 39, 79
В: повторне переживання травми (“вторгнення”) -	в: дисоціативні симптоми -
В (1) – 33, 48	в (1) – 6, (109)
В (2) – 14, 35, 52, (21)	в (2) – 4, 103

B (3) – 9	b (3) – 7, 34
B (4) – 49,90	b (4) – 44
B (5) – 5	b (5) – 43
C: симптоми «уникнення» -	c: повторне переживання травми («вторгнення») -
C (1) – 29, 79	c (1) – 33,48
C (2) – 17	c (2) – 14, 35, 52, (21)
C (3) – 43	c (3) – 9
C (4) – 26, (66,74)	c (4) – 49, 90
C (5) – 31,42	d: симптоми «уникнення» -
C (6) – 81	d (1) – 29,79
C (7) – (53,78)	d (2) – 17
D: симптоми гіперактивації -	e: симптоми гіперактивації -
D (1) – 41, (20,51)	e (1) – 41, (20,51)
D (2) – 16,27,32,96	e (2) – 16,27,32,96
D (3) – 85,108, (13)	e (3) – 85, 108, (13)
D (4) – 8,104	e (4) – 8, 104
D (5) – 12,107	e (5) – 12, 107
e (6) – 105, (46)	
F: дистрес і дезадаптація -	f: дистрес і дезадаптація -
3, 36, 57,91 (11,68)	3, 36, 57, 70, 91
L («неправда») – 71, (30,54,84,89); Ag («агравация») – 25,28, (93); Di («дисимуляція») – 50,93,(28); Depres («депресія») – (1), 6, 15, 24, 26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109).	

Примітка: «прямі» твердження позначені номерами без дужок, номери «зворотних» тверджень подані в дужках.

Обробка результатів

Простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР: L (неправда), Ag (агрвація), Di (дисимуляція), depres (депресія); ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми – «вторгнення»), C (симптоми «уникнення»), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація); ГСР: A (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – «вторгнення»), d (симптоми «уникнення»), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація). Підраховується сума відповідей на твердження за кожною із шкал (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином:

відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = A(1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ГСР} = A(1) + b + c + d + e + f.$$

Отримані «сирі» значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями окремо для чоловіків і жінок.

Таблиця переводу сирих балів в стени (для чоловіків)

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал
98	30														98
96	29														96
94	28	15													94
92	28				44	48									92
90	27	14			43	47		26			40			23	90
88	26				42	46	58	26		28	39		64	23	88
86	25	13			41	45	57	25		28	38	15	62	22	86
84	25	13			39	44	55	24		27	36		61	21	84
82	24				38	43	54	24		26	35	14	59	21	82
80	23	12			37	42	52	23		25	34	14	58	20	80
78	23				36	41	51	22		25	33		56	20	78
76	22	11			35	39	49	22		24	32	13	55	19	76
74	21	11			34	38	48	21	15	23	31		53	18	74
72	21	10		15	33	37	46	20	15	22	30	12	52	18	72
70	20	10	16	14	32	36	45	20	14	21	29	12	50	17	70

68	19		15	13	31	35	43	19	13	21	28	11	49	17	68
66	19	9	15	13	30	34	42	18	13	20	27	11	48	16	66
64	18		14	12	28	33	40	17	12	19	26		46	15	64
62	17	8	14	11	27	32	39	17	11	18	25	10	45	15	62
60	17	8	13	11	26	30	38	16	11	18	24		43	14	60
58	16		13	10	25	29	36	15	10	17	23	9	42	14	58
56	15	7	13	10	24	28	35	15	10	16	22	9	40	13	56
54	14		12	9	23	27	33	14	9	15	21	8	39	12	54
52	14	6	12	8	22	26	32	13	8	15	20	8	37	12	52
50	13	6	11	8	21	25	30	13	8	14	19	7	36	11	50
48	12	5	11	7	20	24	29	12	7	13	18	7	34	11	48
46	12	5		7	19	23	27	11	7	12	17		33	10	46
44	11		10	6	17	22	26	10	6	12	16	6	31	9	44
42	10	4		5	16	20	24	10	5	11	15	6	30	9	42
40	10		9	5	15	19	23	9	5	10	14	5	28	8	40
38	9	3	9	4	14	18	22	8	4	9	13	5	27	7	38
36	8	3	8	3	13	17	20	8	3	8	12		25	7	36
34	8		8	3	12	16	19	7	3	8	11	4	24	6	34
32	7		7		11	15	17	6			10		23	6	32
30	6		7		10	14	16				9	3	21	5	30
28	6					13	14						20		28
26	5		6			11							18		26
24													17		24
22			5										15		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т-бал

Т-бал	ПТСР	ГСП	depres
98			
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57
82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46

68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
22			
Т-бал	ПТСР	ГСП	depres

Таблиця перекладу «сирих» балів за шкалами в Т-бали (для жінок)

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т-бал
98															98
96	28														96
94	27														94
92	26														92
90	26														90
88	25				44						40				88
86	24	15			43					30	39			24	86
84	24				42	48		26		29	38			23	84
82	23	14			41	47	58	25		29	37			23	82
80	22				39	46	56	24		28	36	15	63	22	80
78	22	13			38	44	55	24		27	35		61	21	78
76	21	13			37	43	53	23		26	34	14	59	21	76

74	20	12		15	36	42	52	22	15	25	33	14	58	20	74
72	19	12		14	35	41	50	22	14	24	32	13	56	19	72
70	19	11	15	14	34	40	49	21	14	24	31	13	55	19	70
68	18	11		13	32	38	47	20	13	23	30	12	53	18	68
66	17		14	12	31	37	45	19	12	22	29	12	51	17	66
64	17	10	14	12	30	36	44	19	12	21	28	11	50	17	64
62	16		13	11	29	35	42	18	11	20	27	11	48	16	62
60	15	9	13	11	28	34	41	17	11	20	26	10	47	15	60
58	15	9	12	10	27	32	39	17	10	19	24	10	45	15	58
56	14	8	12	9	26	31	38	16	9	18	23		43	14	56
54	13	8	11	9	24	30	36	15	9	17	22	9	42	13	54
52	13	7	11	8	23	29	35	14	8	16	21		40	13	52
50	12	7	10	7	22	27	33	14	7	15	20	8	39	12	50
48	11		10	7	21	26	32	13	7	15	19	8	37	11	48
46	11	6		6	20	25	30	12	6	14	18	7	35	11	46
44	10		9	6	19	24	29	12	6	13	17	7	34	10	44
42	9	5		5	17	23	27	11	5	12	16	6	32	9	42
40	9	5	8	4	16	21	25	10	4	11	15	6	31	9	40
38	8	4	8	4	15	20	24	9	4	10	14	5	29	8	38
36	7	4	7	3	14	19	22	9	3	10	13	5	28	7	36
34	7	3	7		13	18	21	8		9	12	4	26	7	34
32	6		6		12	17	19	7		8	11	4	24	6	32
30	5		6		10	15	18	7		9			23		30
28			5			14	16	6				3	21	5	28
26			5			13	15						20		26
24						12							18		24
22			4										16		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	c	d	e	f	Т-бал

Т-бал	ПТСР	ГСР	depres
98			
96			
94			
92			
90			
88		180	
86	180	176	
84	176	172	60
82	172	168	59
80	168	164	57
78	163	160	56
76	159	156	54

74	155	151	53
72	151	147	51
70	146	143	49
68	142	139	48
66	138	135	46
64	134	131	45
62	129	127	43
60	125	122	42
58	121	118	40
56	117	114	38
54	112	110	37
52	108	106	35
50	104	102	34
48	100	98	32
46	95	93	31
44	91	89	29
42	87	85	27
40	83	81	26
38	78	77	24
36	74	73	23
34	70	69	21
32	66	64	20
30	61	60	18
28	57	56	16
26	53	52	15
24	49	48	
22			
T-бал	ПТСР	ГСР	depres

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів. При значеннях шкал *нижче 50 T-балів* симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні *від 50 до 65 T-балів* можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, причому незначно виражені. *65-70 T-балів* ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу «часткового» ПТСР або ГСР. При значеннях *вище 70 T-балів* імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня *80 T-балів* необхідне уточнення клінічного

діагнозу «повного» ПТСР або ГСР. Наведені «критичні» значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре «працюють» в якості операційних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Banner Thomas Frederick. An Examination of the Lived Experiences of United States Military Veterans who have been Diagnosed with Psychological Inflictions of War who have Utilized Equine Assisted Therapy [Електронний ресурс] (2016). LSU Doctoral Dissertations. Режим доступа: http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/1186
2. Bove A. A. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm / A. A. Bove, S. J. Oxler // *Military Medicine*. – 1995. – № 8. – P. 391–395.
3. Campbell J. P. Exploring the limits in personnel selection and classification. / J.P. Campbell, D.T. Knapp. Hillsdale, N J: Lawrence Erlbaum, 2001. – 637 p.
4. Davis C. G. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning / C. G. Davis, S. Nolen-Hoeksema, J. Larson // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – № 75. – P. 561–574.
5. Grinker R. War neuroses / R. Grinker, I. Spiegel. – Philadelphia – Toronto, 1945. – P. 114.
6. Hall D. P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy / D. P. Hall // *Military Medicine*. – 1996. – № 3. – P. 159–162.
7. Human performance enhancement in high-risk environments : insights, developments, and future directions from military research / P.E. O'Connor and Joseph V. Cohn, editors – 2010. – 346 p.
8. Joseph S. Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses / S. Joseph, R. Williams, W. Yule. // *Journal of Traumatic Stress* – 1993. – № 6. – Vol. 2. – P. 271–279.
9. 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.
10. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hunary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Heaedus [Electronic resource] // *Croat. Med. J.* – 2010. – Vol. 51(5). – P. 432-442. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2969138/> - Title from a screen.

11. Lifton R. J. *Advocacy and Corruption in the Healing Profession II Stress Disorders Among Vietnam Veterans II* Ed. by C. R. Figley. – 1978. – № V.
12. Linley P. A. *Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review* / P. A. Linley, S. Joseph // *Journal of Traumatic Stress*. – 2004. – №1. – Vol. 17. – P. 11–21.
13. 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. – P. 415–418.
14. Oleksiuk N. *Theoretical bases of professional training of social rehabilitation specialists on the disabled in Ukraine / Prospects for development of education and science: Collection of scientific articles*. – Academic Publishing House of the Agricultural University Plovdiv, Bulgaria, 2016. – P. 346–348.
15. Puzicha K. , Hansen D., Weber W. (Hrsg). *Psychologie für Einsatz und Notfall*. – Bonn: Bernard & Graeve Verlag, 2001. – 528 s.
16. *Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading 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.
17. Skurfield R. M. *Post-trauma stress Assessment and Treatment Overview and Formulations*// Figley C. R. *Trauma and Its Wake*. – Washington, 1985. – P. 263–291.
18. Tedeschi R. G. *The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma* / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // *Journal of Traumatic Stress*. – 1996. – Vol. 9. – P. 455–471.
19. Ungerer K. *Der militärische Einsatz: Bedrohung - Führung-Ausbildung*. – Potsdam: miles –Verlag, 2003. – 227 s.
20. *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). – P. 22–33.

21. 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.
22. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане: Дисс. канд. психол. наук. / Р. А. Абдурахманов. – М., 1994. – С. 130–131.
23. Акмеология : учебное пособие / А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
24. Алалыкина Н. Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих: Дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Наталия Николаевна Алалыкина. – М. : РГБ, 2003. – 200 с.
25. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
26. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак и др. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.
27. Алехин А. Н. Психические расстройства в практике психолога: Учебное пособие / А. Н. Алехин. – СПб. : Сенсор, 2009. – 140 с.
28. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток / В. І. Алещенко // Теорія і практика управління соціальними системами. – 2015. – № 2. – С. 46–53.
29. Бандура А. Теория социального научения / Альберт Бандура; пер. с англ. – СПб. : Евразия, 2000. – 320 с.
30. Баранов В. В. Соціальний педагог у закладі соціальної реабілітації: основні напрямки діяльності / В. В. Баранов // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – №6. – С. 74–78.
31. Беловодский В. А. Уклонение от военной службы как социально-психологическое явление : Автореф. дисс. канд. психол. наук / В. А. Беловодский. – М., РАГС, 1997. – 22 с.

32. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.
33. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : Дисс. ... канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Васильевич Березовец. – М. : РГБ, 1997. – 139 с.
34. Берецкая Е. А. Подготовка будущих специалистов социальной работы к деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста : Автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Елена Александровна Берецкая. – Казань : Казанский государственный технологический университет, 2006. – 24 с.
35. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия / О. В. Бермант-Полякова. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
36. 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.
37. Бурлак А. М. Игровые технологии как средство социально-культурной реабилитации военнослужащих : Дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Анатолий Михайлович Бурлак. – М. : РГБ, 2003. – 204 с.
38. Бурлак А. М. Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра: Дисс. ... д-ра. мед. наук : 14.03.11; 14.02.03 / Анатолий Михайлович Бурлак. – М. : РГБ, 2012. – 303 с.
39. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні [Електронний ресурс] / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. – 2015. – Випуск 2 (43). – С. 176–181.
40. Военная психология: методология, теория, практика: Учебно-методическое пособие. В 2 ч. / Под ред. А.Г. Караяни, П.А. Корчемного. – М., 1998. – 268 с.

41. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США / А. И. Воробьев // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 12. – С. 62.
42. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації / А. О. Голяченко. – Тернопіль : Лілея, 2000. – 120 с.
43. Григоренко В. Л. Професійна підготовка соціальних вихователів до здійснення медико-соціальної допомоги дітям в умовах інклюзивної освіти / В. Л. Григоренко, О. І. Рассказова, П. І. Рассказова // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Серія : Педагогічні науки, 2016 – №6 (303) жовтень, 2016. – Частина III – С. 6–17.
44. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии / Т. Грининг // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 88–102.
45. Дейтс Б. На утро после потери. / Б. Дейтс – Режим доступа: <http://www.gozhaya.ru/index>.
46. Денисов А. А. Социальная реабилитация российских военнослужащих – участников вооруженных конфликтов : Дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / Андрей Александрович Денисов. – Новочеркасск : РГБ, 2006. – 171 с.
47. Дзеркальна терапія. – Режим доступу: <http://www.zorya.poltava.ua>
48. Долинин В. А. Реабилитация раненых и больных в системе их этапного лечения. Учебное пособие / В. А. Долинин, Е. В. Решетников. – Л. : ВМА, 1981. – С. 29–30.
49. Єжова Т. Є. Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю / Т. Є. Єжова // Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О. В. Безпалько. – К. : Академвидав, 2013. – С. 187–197.
50. 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.
51. 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: 19.00.03 / Александр Сергеевич Жаданюк. – Ярославль, 2005. – 198 с.
52. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] / 07.05.2017. – 705. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>
53. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>
54. 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>
55. Законодавство України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.uapravo.net
56. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / Н.А. Агаєв, О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В. Ткаченко. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
57. Зборовский Э. И. Инвалидность в Республике Беларусь / Э. И. Зборовский // Реабилитация больных и инвалидов. – Минск, 1992. – С. 31–32.
58. Зверева І. Д. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. – Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. – 536 с.
59. 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.
60. 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>
61. Ильин В. В. Философия и акмеология / Ильин В. В., Пожарський С. Д. – СПб. : Политехника, 2003. – 395 с.

62. Інтернет ресурс. Режим доступу. <http://www.presstv.ir/detail/obama-couldtrigger-world-war>.
63. Каменков К. А. Международные общества, занимающиеся вопросами реабилитации больных и инвалидов / К. А. Каменков, И. Л. Федорова. – М., 1994. – С. 128.
64. Караман О. Л. Напрями і зміст діяльності університету в умовах гібридної війни на Сході України / О. Л. Караман // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Серія : Педагогічні науки, 2016 – №6 (303) жовтень, 2016. – Частина I – С. 221–231.
65. Караяни А. Г. Прикладная военная психология / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. – СПб.: Питер, 2006. – 145 с.
66. 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
67. Карпенко О. Г. Професійна підготовка соціальних працівників в умовах університетської освіти: науково-методичний та організаційно-технологічний аспекти : монографія / О. Г. Карпенко – Національний педагогічний ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К. : Коло; Дрогобич, 2007. – 374 с.
68. Ковальчук О. П. Особливості прояву спонукальної складової професійної діяльності військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 32. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2016. – С.196–205.
69. Ковальчук О.П. Проектування уявлень про професійне майбутнє у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції засобами психологічного супроводу / О.П. Ковальчук // Психологічні перспективи; Волин. нац. ун-т. ім. Лесі Українки ; Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – 2015. – Вип. 26. – С. 157–167.

70. Коляденко С. М. Реабілітація та психосоціальна допомога наркозалежних осіб (соціологічний, соціальний та порівняльний аспекти) / С. Коляденко, О. Юрчук // Духовність як основа консолідації суспільства. – 1999. – Т. 16. – С. 400–405.
71. Коржиков О. Н. Социальная и психологическая реабилитация военнослужащих, участников конфликтов в постсоветском пространстве Дисс. канд. социол. наук : 22.00.04 / Олег Николаевич Коржиков. – Астрахань, 2000. – 144 с.
72. Корнієнко І. О. Розвиток опанувальних ресурсів як шлях подолання кризових ситуацій / І. О. Корнієнко // Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Мукачево, 17-18 травня 2017 р.) / Ред. кол. : Т.Д. Щербан (гол.ред.) та ін. – Мукачево : Вид-во МДУ, 2017. – С. 74–76.
73. Коробка Л. М. Самовизначення особи та спільноти щодо здоров'я в контексті проблеми адаптації до умов і наслідків воєнного конфлікту / Л. М. Коробка // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Серія : Педагогічні науки, 2016 – №6 (303) жовтень, 2016. – Частина III – С. 263–271.
74. Коробка Л. М. Подолання бідності як стилю життя в контексті ставлення до здоров'я: теоретико-методичні засади дослідження / Л. М. Коробка // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоціація політичних психологів України, Інститут соціальної та політичної психології НАПН України ; [ред. колегія: Л. А. Найдьонова, Л. Г. Чорна та ін.]. – К. : Міленіум, 2014. – Вип. 1 (15). – С. 173–182.
75. Крамник М. Е. Социально-психологическая адаптация комбатантов к условиям гражданской жизни : Дис. ... канд. психол наук : 19.00.05 / Михаил Ефимович Крамник. – М. : РГБ, 2003. – 186 с.
76. Кузьмина Н. В. Акмеологическая теория повышения качества подготовки специалистов образования / Кузьмина Н. В. – М. : Исследоват. центр проблем качества подготовки специалистов, 2001. – 144 с.

77. 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>
78. 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.
79. Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах / В. И. Лебедев. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 431 с.
80. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. наук: 19.00.09 / Валерій Олександрович Лесков. – Хмельницький, 2008. – 22 с.
81. 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 інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України; за ред. С. Д. Максименка. – К., 2006. – Т. VIII, вип. 3. – С. 91–97.
82. 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. С.Д. Максименка. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; – К. : Логос, 2015. – Вип. 11. – С. 34–51.
83. 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.

84. Ліпатов І. І. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: навч. посіб. / І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Афанасенко Х.: –ХВУ, 1999. – 148 с.
85. Лісовський П. М. Військова психологія : методологічний аналіз : навчальний посібник. / П. М. Лісовський – К. : Кондор-Видавництво, 2017. – 290 с.
86. Мазур Е. С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения / Е. С. Мазур // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – № 3. – С. 81–92.
87. Маклаков А. Г. Военная психология. / А. Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2004. – 452 с.
88. 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.
89. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
90. Матвійчук Т. В. Проблеми соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій до мирного життя / Т. В. Матвійчук // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : тези доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 30–31 березня 2017 р.) [ред. кол. Є.М. Потапчук (голов. ред.), Т.Л. Левицька та ін.]. – Хмельницький : ХНУ, 2017. – С. 150–151.
91. Медицинская реабилитация раненых и больных [Электронный ресурс] / Под редакцией проф. Ю. Н. Шанина. – СПб. : Специальная литература, 1997. – Режим доступа: http://www.psychology.vuzlib.su/book_o499_page_20.html
92. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
93. Методичні матеріали з воєнно-ідеологічної підготовки особового складу збройних сил України на 2015 навчальний рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [mil.univ.kiev.ua/ files/67_1074163600.doc](http://mil.univ.kiev.ua/files/67_1074163600.doc). – Назва з екрану.

94. Миронець С. М. Особливості психологічного забезпечення міжнародних гуманітарних місій Тези на конференцію рятувальників / С.М. Миронець // Матеріали 16-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників (23-24 вересня 2014 р.). – К. : ІДУЦЗ, 2014. – 193 с.
95. Миронець С. М. Сучасні проблеми психологічної допомоги та захисту населення в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів / С. М. Миронець // Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Мукачево, 17-18 травня 2017 р.) / Ред. кол. : Т.Д. Щербан (гол.ред.) та ін. – Мукачево : Вид-во МДУ, 2017. – С. 35–37.
96. Мисюра В. П. Психологическая реабилитация военнослужащих / В. П. Мисюра. – М. : Изд. МО РФ, 1995. – С. 35–45.
97. Міщик Л. І. Вступ до спеціальності «Соціальна педагогіка» : навчальний посібник / автори-укладачі Л.І. Міщик, О.П. Демченко ; за заг. ред. Л.І. Міщик. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 328 с.
98. Могилев В. А. Педагогические аспекты социальной реабилитации инвалидов военной службы : Дис...канд. пед. наук : 13.00.01 / Валерий Александрович Могилев. – Великий Новгород, 2000. – 153 с.
99. Мосійчук Т. Є. Поняття соціальної реабілітації та його соціологічне обґрунтування. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики / Тетяна Євгенівна Мосійчук / Міжвузівський збірник. – Випуск 6-7. – Одеса : Астропринт, 2000. – С. 77–86.
100. 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.
101. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підручник / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 472 с.
102. Наказ 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» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>
103. 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>
104. 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>
105. Наказ Міністерства соціальної політики «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» від 26.12.2011 р. № 568. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12>
106. 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>
107. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности / А. А. Налчаджян. – Ереван : Изд-во АН Армянской ССР, 1988. – С. 18.
108. Невмержицький В. М. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців миротворчих підрозділів. – К.: РОСА, 2006. – 78 с.
109. Невмержицький В. М. Психологічні детермінанти адаптації військовослужбовців строкової служби до особливих умов діяльності: дис. канд. псих. наук: 19.00.07 / Невмержицький Володимир Максимович; Військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України – К.: ВГІ НАОУ, 2002. – 231 с.

110. Николаєва В. Соціальна реабілітація як одна з перспективних технологій сучасності / В. Николаєва // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2007. – № 4. – С. 4–9.
111. Новиков В. С. Психофизиологическая основа боевой деятельности военнослужащих / В. С. Новиков // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 13.
112. 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.
113. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–45 гг. Том 26. Нервные болезни. – М. : Медгиз, 1949. – С. 25.
114. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
115. Осьодло В. І. Кількісний та якісний підхід до оцінювання посттравматичного зростання особистості / В. І. Осьодло, Д. С.Зубовський // Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Мукачєво, 17-18 травня 2017 р.) / Ред. кол. : Т.Д. Щербан (гол.ред.) та ін. – Мукачєво : Вид-во МДУ, 2017. – С. 38–39.
116. Осьодло В.І. Психологічна допомога військовослужбовцям: досвід армію Ізраїлю / В.І. Осьодло, О.Ф. Хміляр // Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. – К.: КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. – С. 63–65.
117. Пальчевський С. С. Акмеологія – поклик майбутнього / Пальчевський С. С. // Акмеологія в Україні: теорія і практика : журнал / гол. ред. Огнев'юк В. О. – 2010. – №1. – С. 7–13.
118. Парыгин Д. Н. Педагогика здоровья / Д. Н. Парыгин. – М., 1992. – С. 64.

119. Петров П. Модел на психологическа подготовка в Сухопътни войски [Електронний ресурс] / П. Петров, П. Рандев. – Режим доступу: http://rdsc.md.government.bg/BG / Activities/Publication / MilitaryLead / 2 -1- Petrov _Randev.pdf
120. Печко О. М. Підготовка спеціалістів з фізичної реабілітації в системі вищої освіти України / О. М. Печко // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Серія : Педагогічні науки, 2016 – №6 (303) жовтень, 2016. – Частина I – С. 44–49.
121. Поліщук В. А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти : [моногр.] / Віра Аркадіївна Поліщук; [ред. Н. Г. Ничкало]. – Тернопіль : ТНПУ, 2006. – 424 с.
122. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198–207.
123. 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 : 19.00.05 / Владимир Евгеньевич Попов. – М., 1992. – 27 с.
124. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації: Навч. посіб. / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – 2-е вид. – К. : Медицина, 2008. – 248 с.
125. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 416 «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>

126. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
127. Психологическая разгрузка летного состава : Метод. пособие / Под ред. В. А. Пономаренко. – М. : Воениздат, 1990. – С. 14–27.
128. Психологический словарь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psychology.net.ru/dictionaries/psy.html>
129. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення / Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
130. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. – К. : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. – 132 с.
131. Психологія бою : діяльність командира підрозділу щодо підтримання морально-психологічного стану особового складу в ході бойових дій : навч.-метод. посіб. / [А. М. Романишин, О. В. Бойко, Д. В. Богородицький та ін.]. – Львів : НАСВ, 2015. – 322 с.
132. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
133. Рева Г. В. Український соціум: загрози екстремальних ситуацій : монографія / Г.В. Рева, В.К. Врублевський, В.П. Ксьонзенко, І.В. Мариніч // За ред. проф. В.К. Врублевського. – К. : Інформаційно-видавничий центр «Інтелект», 2003. – 206 с.
134. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-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>

135. Самойленко В. Б. Медична і соціальна реабілітація : підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев [та ін.]. – К. : Медицина, 2013. – 463 с.
136. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі / Т. М. Сергієнко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту // науковий журнал. – Харків: ХОВНОКУ– ХДАДМ, 2010. – № 4. – С. 128–132.
137. Серповская А. А. Социально-культурная деятельность как средство реабилитации сотрудников правоохранительных органов, отслуживших в «горячих точках» : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.05 / Александра Анатольевна Серповская. – Тамбов, 2006. – 26 с.
138. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник / О. Ф. Скакун. – 3-тє видання. – К. : Алерта, 2012. – 524 с.
139. 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.
140. Собчик Л. Н. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2004. – 224 с.
141. Соколова Е. Т. Психологическое исследование личности: проективные методики / Е. Т. Соколова. – М. : ТЕИС, 2002. – 150 с.
142. Социальная и военная психология / Под ред. Н.Ф. Феденко. – М., 1990. – 124 с.
143. Соціальна робота: технологічний аспект / За ред. проф. А.Й. Капської. – К. : ДЦССМ, 2004. – 364 с.
144. Соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах: Методичний посібник / І. Д. Зверева та ін. – К. : Держсоцслужба, 2006. – 104 с.

145. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. реком. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін. – К. : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
146. Список війн XX століття. Список війн XXI століття [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://uk.wikipedia.org>; <http://znaimo.com.ua>. – Назва з екрану.
147. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
148. Теория и практика деятельности социальных работников и их подготовка в системе высшей школы // Материалы международного семинара, г. Москва, 1994. – М., 1995. – С. 27–28.
149. 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.
150. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учеб.-метод. пособие / Л. А. Цветкова, И. Н. Гурвич и др.; Под ред. И. Н. Гурвича. – СПб. : Изд-во СПб. ун-та, 2004. – 148 с.
151. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: Навчально-методичний посібник. – Вінниця: ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.
152. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: Навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця : ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.
153. 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.
154. 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>

155. 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>
156. 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>
157. Федак Е. И. Педагогическая реабилитация военнослужащих внутренних войск МВД России, выполнявших служебно-боевые задачи : дисс ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Евгений Иосифович Федак. – Москва, 2004. – 227 с.
158. Федоров В. Д. Психолінгвістичний ракурс поняття акмеології / В. Д. Федорів // Акмеологія в Україні: теорія і практика : журнал / гол. ред. Огнев'юк В. О. – 2010. – №1. – С. 27–39.
159. Физическая реабилитация [учебник] / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. – 3-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 608 с.
160. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами / Е. И. Холостова. – М. : Дашков и К, 2006. – 240 с.
161. Холостова Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник для бакалавров / Е. И. Холостова. – Москва : Юрайт, 2012. – 905 с. – (Бакалавр. Углубленный курс).
162. Христюк О. Л. Особливості психологічної реабілітації бійців із втраченими кінцівками / О. Л. Христюк // Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Мукачево, 17-18 травня 2017 р.) / Ред. кол. : Т.Д. Щербан (гол.ред.) та ін. – Мукачево : Вид-во МДУ, 2017. – С. 86–88.
163. Цушко І. Реабілітація учасників АТО: перспективи та реалії / І. Цушко // Надзвичайна ситуація. – 2014. – № 9. – С. 30–31.

164. Чайковський М. Є. Основи реабілітології: навчально-методичний посібник / М. Є. Чайковський. – Хмельницький; К. : Університет «Україна», 2015. – 171 с.
165. Швидкий В. О. Акмеологічні підходи до формування образу Я-професіонала у студентів ВНЗ / В. О. Швидкий // Акмеологія в Україні: теорія і практика : журнал / гол. ред. Огнев'юк В. О. – 2010. – №1. – С. 128–135.
166. Шевців З. М. Соціально-педагогічна профілактика та реабілітація / З. М. Шевців // Основи соціально-педагогічної діяльності : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – К. : ЦУЛ, 2012. – С. 73–84.
167. 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.
168. Шелюг О. А. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій / О. А. Шелюг // Психологія і особистість. – 2014. – С. 112–129.
169. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навчальний посібник / В. П. Шпак. – Полтава : АСМІ, 2006. – 328 с.
170. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фoa, Теренса М. Кина, Метью Фридмана. – М. : «Когито-Центр», – 2005. – 467 с.
171. Юрков О. С. Розвиток особистості військовослужбовця у військовій діяльності / О. С. Юрков // Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі : збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Мукачево, 17-18 травня 2017 р.) /

- Ред. кол. : Т.Д. Щербан (гол.ред.) та ін. – Мукачєво : Вид-во МДУ, 2017. – С. 136–138.
172. Ягупов В. В. Військова психологія : підручник / В. В. Ягупов. – К. : Тандем, 2004. – 656 с.
173. Яковлева Н. В. Метажизнедеятельность: опыт применения метасистемного подхода к анализу жизнедеятельности человека / Н. В. Яковлева // Прикладная юридическая психология. – 2011. – № 2. – С. 18–22.
174. Якушкин Н. В. Психологическая помощь воинам–«афганцам» в Реабилитационном Центре Республики Беларусь / Н. В. Якушкин // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 5. – С. 102–105.

Навчальне видання

**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ
РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З КОМБАТАНТАМИ**

Навчально-методичний посібник

Редактор **Л. І. Романовська**

Коректор **Ю. Л. Бриндіков**

Комп'ютерна верстка **Ю. Л. Бриндіков**

Підписано до друку 01.03.2018 р.
Формат 60x84 1/8 Папір офс.
Гарнітура Times New Roman
Друк офсетний. Ум. друк. арк 20,53
Наклад 150 прим

Видавець ПП Заколотний М.І.
м. Хмельницький, вул. Соборна, 55
тел. 0382 777 717
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК №3770 від 28.01.2010 р.

Віддруковано ФОП Юрчук О.М.
м. Хмельницький, вул.Соборна, 55
тел 0382 777 717