

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ГНАТЮКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

БРИНДІКОВ ЮРІЙ ЛЕОНІДОВИЧ

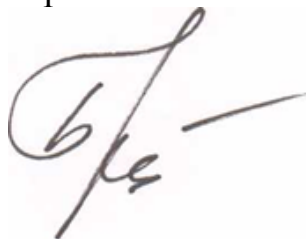
УДК 364-78: 355.08 (043.3)

**ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ**

13.00.05 – соціальна педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



Науковий консультант: Романовська Людмила Іванівна, доктор педагогічних наук, професор

Хмельницький – 2018

Тернопіль – 2018

АНОТАЦІЯ

Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 «Соціальна педагогіка». – Хмельницький національний університет МОН України, Хмельницький, 2018.

У дослідженні розглянуто й обґрунтовано теоретичні та методичні основи організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, на основі впровадження арт-терапії, ігрових технологій, тренінгів, сімейної терапії. Унаслідок наукового пошуку визначено, що реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій є цілісним комплексом медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психоемоційного стану і працездатності військовослужбовців учасників бойових дій. Встановлено, що попри наявність в Україні низки нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації чинне законодавство не в змозі забезпечити проведення належного рівня комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях.

Здійснено аналіз закордонного досвіду надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій, починаючи від стародавніх і до наших часів. Основна увага була зосереджена на пострадянських країнах, Європі та США. Встановлено, що система реабілітації учасників збройних конфліктів у США є найбільш прогресивною, оскільки в основі її безперервність реабілітаційних дій.

У процесі дослідження обґрунтовано наукові підходи до визначення складових реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Встановлено, що реабілітація цієї категорії клієнтів передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної, соціальної і

педагогічної, які можуть поєднуватися між собою в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

На основі аналізу психолого-педагогічних джерел з'ясовано, що учасники бойових дій у процесі професійної діяльності піддаються стресу, який спричиняє появу у них різноманітних психологічних станів деструктивного характеру, серед яких особливо складними є посттравматичні стресові розлади, психічні травми, нервово-психічне напруження, військова втома, бойове виснаження, військовий невроз, які мають свої симптоми, форми прояву й наслідки. Особливо складним видом є бойовий стрес, обумовлений тривалою загрозою життю в бойовій обстановці. Представлено наукові підходи до виокремлення стрес-факторів, що спричиняють появу проблем різного характеру у військовослужбовців в умовах військових конфліктів і мирного життя. Проаналізовано різні типології військовослужбовців, що зазнали стресу під час бойових дій, згідно з різними критеріями – ступенем тяжкості отриманої травми, реагуванням на стрес-фактори, деструктивними постстресовими змінами. Встановлено, що військовослужбовці-учасники бойових дій потребують комплексної реабілітації, соціальної підтримки, що допоможуть контролювати психоемоційний стан і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

При проведенні лікувально-реабілітаційної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, які мають психоемоційні розлади, наслідки посттравматичного стресового розладу, прояви деструктивних емоційних станів, особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості, з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією. Обґрунтовано можливості ігрової терапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій. Представлено різні види ігор для цієї категорії

клієнтів, серед яких ефективними є ділові, професійні, реабілітаційні, спеціалізовані реабілітаційні комп'ютерні.

Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації фахівцями соціальних служб ефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів і технік. Особливо цінною у реабілітаційній діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій є сімейна терапія, що спрямована на корекцію міжособистісних стосунків у родині, що має на меті усунення емоційних розладів. Головна увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної терапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію окремо з військовослужбовцями та членами їх сімей.

У здійсненні реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб найефективнішим вагомим позитивом володіє мультидисциплінарний, системний, комплексний і технологічний підходи. Головним системотвірним підходом визначено мультидисциплінарний, оскільки ефективність реабілітації напряду залежатиме саме від складу мультидисциплінарної команди фахівців, які її будуть здійснювати.

Обґрунтовано, розроблено й експериментально перевірено систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях, яка реалізується через спеціальні підсистеми – взаємопов'язані блоки, які забезпечують основу для її організації та впровадження. У системі виокремлено такі блоки: методологічний – мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації, психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю, та функціональної спрямованості, які реалізують заходи

медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечують здійснення реабілітаційних заходів із військовослужбовцями-учасниками бойових дій; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами; комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейної терапії, інноваційні методи і прийоми реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. У дослідженні представлено графічну модель системи. Під час організації педагогічного експерименту перевірено ефективність запропонованої системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях.

Встановлено, що системотвірним чинником моделювання системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є організаційно-педагогічні умови: здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики потреб та проблем військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно розробленої комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період.

На констатувальному етапі дослідження було проведено моніторингове дослідження військовослужбовців, що були задіяні у бойових діях на сході України. Установлено, що практично всі військовослужбовці стикаються з проблемами як під час проходження служби, так і після повернення із зони бойових дій. Більшість із цих проблем пов'язані із неготовністю

військовослужбовців адаптуватися до умов мирного життя, проблемами побутового, медичного та сімейного характеру. Було з'ясовано, що військовослужбовці-учасники бойових дій не зацікавлені у проходженні реабілітації, оскільки не вважають її ефективною і дієвою.

У процесі дослідження представлено методику проектування реабілітаційного простору, що передбачає створення комфортного терапевтичного середовища та комплексне надання реабілітаційно-корекційно-терапевтичних і медичних процедур для військовослужбовців-учасників бойових дій. Згідно з розробленою методикою, надання реабілітаційних послуг може відбуватися на чотирьох організаційних рівнях, які визначаються за результатами соціально-психологічної діагностики з урахуванням соціальної ситуації цієї групи клієнтів та стану їхнього здоров'я. Запропоновано технологію комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, що передбачає чотири етапи: діагностувальний; розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з визначенням реабілітаційних методів і технологій; робочий і після реабілітаційний супровід.

Визначено, що позитивним ефектом у роботі з військовослужбовцями володіють психологічна допомога консультаційного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії (групова, індивідуальна); тренінгові заняття. При проведенні групової психотерапії дієвими визнано техніки емоційно-вольової саморегуляції, медитативні та арт-терапевтичні техніки. Серед арсеналу різноманітних психотерапевтичних методів надзвичайно продуктивними є раціональна, сугестивна, особисто орієнтована види психотерапії, наркопсихотерапія, трудотерапія та естетотерапія.

З метою вдосконалення реабілітаційної діяльності розроблено та апробовано тренінгову програму «Антистрес» для військовослужбовців-учасників бойових дій, що спрямована на формування умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, посттравматичного стресового розладу. Основними методами програми були музикотерапія,

релаксація; тілесно-орієнтована терапія; аутогенне тренування, арт-терапія, казкотерапія.

Розроблено методичні рекомендації для фахівців соціальних служб, що проводитимуть реабілітаційну діяльність з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях. Вони спрямовані на ознайомлення фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації; відповідним розподілом функціональних обов'язків; розробленим діагностувальним інструментарієм для визначення рівня реабілітованості військовослужбовців; інноваційними реабілітаційними технологіями.

Ключові слова: реабілітація, військовослужбовці-учасники бойових дій, організація комплексної реабілітації, система, організаційно-педагогічні умови, підходи, принципи, модель системи, технології, методи, форми і засоби реабілітації.

Bryndikov Y. L. Theory and practice concerning the rehabilitation of the military service war participants within the social service system.

The qualified scientific work having the copyright of a manuscript.

The dissertation is aimed to defend the doctor's scientific degree on the speciality 13.00.05 «Social Pedagogies». – The Khmelnytsky National University, Ministry of Education and Science, Khmelnytsky, 2018.

The given research has considered and substantiated the theoretical and methodical grounds of the rehabilitation activity organization for the military service men, who took part in battles by means of art therapy, playing technologies, training, family therapy. As a result of the scientific research, it has been determined that rehabilitation of military war participants is a whole complex of medical, physical, psychological, social and pedagogical events directed to recover the health, psycho-emotional state and ability to work. It has been found that despite a number of legal documents as for rehabilitation commitment, the current legislation is not capable of providing the complex rehabilitation for the service men of the Armed Forces of Ukraine on the proper level.

As a matter of fact, there has been made the analysis of the foreign experience as for rendering rehabilitation services to the military war participants beginning from the ancient time till nowadays. The main emphasis was concentrated on the post-Soviet countries, Europe and the USA. There has been shown that the rehabilitation system for the army war participants in the USA is most progressive one because of its continuity.

In the process of the research there have been determined some scientific approaches as for rehabilitation components. It has been proved that rehabilitation for this category of clients demands the availability of four main components - psychological, medical, social and pedagogical ones which can be combined depending on the rehabilitation object, his psychological state, factors and conditions which influence the implementation and arrangement of rehabilitation events.

Taking the analysis of the psycho-pedagogical original sources into consideration, it has been ascertained that the military participants of war actions happen to be stressed in the course of their professional activity. It causes various psychological states of destructive character and the most complicated ones are posttraumatic stress disorders, psyche traumas, nervous psychic tension, military neurosis, military fatigue which have their own symptoms, forms, manifestation and consequences. The most complicated kind of disorder is the stress of the military service men caused by the long-time threat to the life in the ones' environment. The research presents some scientific approaches as for separation of stress factors leading to the various problems for the service men in the conflict environment and peaceful life. There have been analyzed different typologies of the military service men who have experienced stress during the battles. The analyze is have taken different criteria into account comprising the degree of factors, destructive post stress changes. It has been proved that military war participants need complex rehabilitation, social support which will help to control psycho-emotional state and find the way out of post stress situation.

In the course of the rehabilitation treatment of the military war participants, having psycho-emotional disorders, the posttraumatic stress disorder consequences, manifestation of destructive emotional states, the special place belongs to the fine art therapy. This kind of treatment applies the technology to treat patients by means of art including pictures, graphics painting, sculpture combining with the auxiliary technologies – playing, sandy therapy, theatrical, dance moving once, music, fairy tales and photo therapy. There have been substantiated the opportunities of the playing therapy in the rehabilitation activities of the Armed Forces of Ukraine service men who used to take part in the armed battles. Different kinds of games for this category of clients have been demonstrated and the most effective ones are appeared to be business, professional, rehabilitation, specialized rehabilitation and computer games.

It has been determined that in the course of complex rehabilitation by specialists of social services different kinds of training can be high effective and among them there are specialized, professional, communicative, social, psychological, adaptive ones with the distinction of clear algorithm of structural elements, specific features, principles and implementation rules, complex of methods and techniques. In addition, the family therapy is proved out to be a particular kind of psychotherapy and it is aimed to correct personal relations and remove emotional discords in the families of the military service men. The main attention is paid to the multi-modal form of family therapy which implies individual and family consultations, group psychotherapy with military service men and the members of their families separately.

The most effective and positive approaches in the social service system for the military war participants' rehabilitation are multidiscipline systematic, complex and technological ones. The main systematic approach is considered to be multidisciplined one because the rehabilitation efficiency depends directly on the components of the multidisciplined team of professional specialists who fulfil it successfully.

The system of war army service men rehabilitation has been substantiated detaily, developed and verified experimentally. This system is carried out through special subsystems containing intercorrelating blocks which are able to provide the basis for its arrangement and implementation. Among them: methodological subsystem includes the purpose, rehabilitation models (rehabilitation psychosocial model, psychosocial model stability development, model of non-violent communication), methodological approaches (systematic, complex, multidisciplined, technological ones) and the principles (general scientific and specific); notional subsystem includes the establishments of different levels profile and functional direction which implement medical, psychological, social and pedagogical events, provide the implementation of rehabilitation events with military war participants; processional subsystem comprises technology of military war men's rehabilitation on the separate stages: the complex of art therapeutical, playing training techniques and innovational psycotherapeutical methods; resultative subsystem comprises the components (motivation stability to stress, behavior); the levels of rehabilitation (low, middle, sufficient, high) and the result is the positive dynamics of war army service men's rehabilitation. The research presents the graphic model of the system. During the pedagogical experiment arrangement there have been verified the efficiency of the proposed complex rehabilitation system and its fulfilment for the military servicemen of the Armed Forces of Ukraine having participated in the war battles.

It has been clarified that the system-forming modulator of the complex rehabilitation for war army service men is organizational, pedagogical terms: the implementation of military war participants' complex rehabilitation with the distinction of the key form and taking the individual cases into account; the organization and fulfilment of the military war participants' rehabilitation with the multidisciplined team of specialists; the conduct of early diagnostics of necessities and problems of military servicemen (according to the developed complex programme); making the individual programme of the rehabilitation events; the social-psychological support in the post-rehabilitation period.

At the final stage, the monitoring research was conducted for the combatants who were involved in the military actions in the east of Ukraine and it showed that almost all war army service men face the problems both during the military service and after their returning from the combat zone. The majority of those problems are connected with the combatant fail to adapt to the conditions of peaceful life and there are problems of medical and family character. It was found out, that the military war participants are not interested in rehabilitation because they don't believe in its efficiency.

In the process of the research there has been presented the rehabilitation space project methodics that is directed to create comfortable therapeutical surrounding and complex rendering of the correctional therapeutical and medical procedures to the military service men. According to the developed methods, the rendering services can be performed on the four organizational levels which are determined by the social, psychological diagnosis results considering social situation and the state of health and psyche of this clients' group. There has been proposed the technology of the complex rehabilitation which comprises four stages: diagnostical, individual programme rehabilitation development with the definition of rehabilitation methods and technologies; the working and postrehabilitation accompaniment.

It has been defined that the positive effect can be reached due to the psychological assistance (individual consultation); various forms of psychotherapy (group, individual ones) training treatment. In the course of group psychotherapy the techniques of emotional self-regulation, meditative and art-therapeutical techniques are found out to be the most effective. Among the variety of psycho therapeutical methods, the most productive techniques appeared to be rational, suggestive, personal oriented kinds of psychotherapy, narco-psychotherapy, work therapy and aesthetic therapy.

For the purpose of improvement of the rehabilitation activity there has been compiled and verified the training programme «Anti-stress» for the war army service men and it is directed to form the habits and skills of self-regulation for

negative stress consequences removing posttraumatic stress disorders. The main programme methods are music therapy, fairytale therapy, relaxation, bodyoriented therapy.

There have been worked out the recommendations for the social service specialists who will perform rehabilitation actions with the military men, who took part in the battles. All the events are directed to inform the multi-disciplined team specialists as for the complex rehabilitation system; proper distribution of functional duties, the diagnostical instruments to define the level of military service men's rehabilitation and innovational rehabilitation technologies.

Key words: rehabilitation, military service men, organization of complex rehabilitation, organizational and pedagogical terms (conditions), approaches and principles, system model, technologies, methods, forms and ways of rehabilitation.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький: Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.
2. Бриндіков Ю. Л. Людина в сучасному соціумі : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напрямів підготовки «Соціальна педагогіка», «Практична психологія» і «Соціальна робота» Хмельницький : ХНУ, 2014. 28 с.
3. Бриндіков Ю. Л. Ознайомча та ознайомчо-волонтерська практики : методичні вказівки щодо їх виконання для студентів спеціальності «Соціальна робота» Хмельницький: ХНУ, 2016. 55 с.
4. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : метод. посіб. Хмельницький: Вектор, 2017. 172 с.

5. Бриндіков Ю.Л. Соціальна діагностика та патологія : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напряму підготовки «Соціальна робота». Хмельницький : ХНУ, 2018. 29 с.

6. Бриндіков Ю.Л. Соціальна політика у сфері соціального захисту учасників АТО та їх родин на місцевому рівні (приклад м. Хмельницького). Соціальна робота з різними категоріями населення у громаді: українські реалії та міжнародний досвід: колективна монографія / А. Богуцька, Ю. Бриндіков, О. Главацька та ін.; за заг. ред. В. Поліщук. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2018. С. 54–68.

7. Бриндіков Ю.Л. Кризовий стан сучасної української сім'ї: методи соціально-психологічної та педагогічної роботи у сім'ї. *Науковий вісник Чернівецького університету*. Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 712. С. 20–25.

8. Бриндіков Ю.Л. Насильство в сім'ї як соціальна проблема. *Науковий вісник Чернівецького університету*. Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 713. С. 34–39.

9. Бриндіков Ю.Л. Волонтерство як елемент соціальної роботи. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* / за ред. Л.П. Мельник, В.І. Співака. Вип. XXVI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. С. 23–32. *Google Scholar*

10. Бриндіков Ю.Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Том IX. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 8. С. 72–82.

11. Бриндіков Ю.Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія : Педагогіка. Соціальна робота: зб. наук.

пр. / гол. ред. : Козубовська І.В. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 2 (41). Частина І. С. 42–45.

12. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXIX (79). Том 2. С. 201–206. *Index Copernicus*

13. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVIII (78). Том 2. С. 195–200. *Index Copernicus*

14. Бриндіков Ю. Л. Комплексна соціально-педагогічна реабілітація військовослужбовців-учасників збройних конфліктів. *Науковий вісник Ізмаїльського гуманітарного університету* : зб. наук. праць. Серія Педагогічні науки. Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 18–22. *Google Scholar*

15. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153. *Index Copernicus*

16. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки* / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3(10). С. 44–56.

17. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування потреби цілеспрямованої реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які були учасниками бойових дій. *Гірська школа Українських Карпат* : наук. фах. вид. з пед. наук. головний ред. В. Хрущ. Івано-Франківськ ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2017. № 17. С. 140–143. *Google Scholar*

18. Бриндіков Ю. Л. Проблема посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, учасників бойових дій. *Теорія і методика виховання : науково-педагогічний вісник*. Вип. 7 Херсон : Видавець Грінь Д. С., 2017. С 5–8.

19. Бриндіков Ю. Л. Психотерапевтичні методи як засоби психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки : зб. наук. праць*. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVI (76). Том 3. С. 102–107. *Index Copernicus*

20. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : зб. наук. праць: наук. записки РДГУ*. Рівне : РДГУ, 2017. Вип. 17 (60). С. 106–111.

21. Бриндіков Ю. Л. Соціальна реабілітація військовослужбовців: до питання термінології. *Педагогічний дискурс : зб. наук. праць / гол. ред. І. М. Шоробура*. Хмельницький: ХГПА, 2017. Випуск 22. С. 30–35. *Index Copernicus*

22. Бриндіков Ю. Л. Технологія здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія: Педагогічні науки. № 8 (313) листопад, 2017. Частина 1 С. 252–260. *Google Scholar*

23. Бриндіков Ю. Л., Бриндіков Л. М. Характеристика істерії як різновиду посттравматичного стресового розладу в комбатантів: соціально-психологічний аспект. *Педагогічні науки : зб. наук. праць*. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXX (80). Том 3. С. 233–238. *Index Copernicus*

24. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна» / голова редкол. Чайковський М.Є*. Хмельницький : ХІСТ, 2018. № (1)15. С. 106–110. *Google Scholar*

25. Бриндіков Ю. Л. Інноваційні тренінгові методи й техніки у процесі здійснення реабілітації комбатантів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова* : Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. Випуск 60. Том 1. К. : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2018. С. 66–70. *Google Scholar*

26. Бриндіков Ю. Л. Методологічні підходи до моделювання системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія : Педагогіка. Соціальна робота: зб. наук. пр. / гол. ред. : Козубовська І.В. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 1 (42). Частина II. С. 29–32. *Google Scholar*, *Index Copernicus*

27. Бриндіков Ю. Л. Організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія : «Педагогіка і психологія». Дніпропетровськ : Приватний вищий навчальний заклад «Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля», 2018. С. 69–75. *Google Scholar*

28. Бриндіков Ю. Л. Потенціал акмеології та акмеологічного підходу в організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій фахівцями соціальних служб. *Наукові записки кафедри педагогіки* : зб. наук. праць. Випуск 42. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради, 2018. С. 40–48. *Google Scholar*

29. Бриндіков Ю. Л. Потенціал сімейної психотерапії у процесі здійснення реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій. *Професійна освіта: методологія, теорія та технології* : зб. наук. праць / гол. ред. Доброскок І.І. Переяслав-Хмельницький: Я.М. Домбровська, 2018. Вип. 7/1. С. 84–97. *Google Scholar*

30. Бриндіков Ю. Л. Сутнісні характеристики тренінгу для військовослужбовців-учасників бойових дій. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24 (І том). К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. С.142–151. *Google Scholar*

31. Бриндіков Ю. Л., Шинкарук О. В. Спортивно-масові заходи як інструмент реабілітації комбатантів, що отримали інвалідність під час виконання службових обов'язків. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Вип. XXXI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. С. 21–35. *Google Scholar, Index Copernicus, CEJSH*

32. Bryndikov Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants. *Social Work and Education*, 2017. Vol. 4, No 1. P. 112–118.

33. Бриндіков Ю. Л. Методологические аспекты использования арт-терапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. *Modern Science. Moderní věda. Praha. Česká Republika*. 2017. № 7. P. 95–101.

34. Бриндіков Ю. Л. Ігрові технології : суть, можливості роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. *Social Work and Education*, 2018. Vol. 4. No 1. P. 112–118.

Опубліковані праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

35. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні аспекти фізичної реабілітації комбатантів в Україні. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 27 жовтня 2016 р.). Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2016. С. 79–81.

36. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні складові процесу реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Актуальні дослідження в*

соціальній сфері : матеріали восьмої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2016 р.). Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2016. С. 120–122.

37. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання* : Матеріали круглого столу (Київ, 15 квітня 2016 р.). Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. С. 13–14.

38. Бриндіков Ю. Л. Необхідність організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, що були учасниками бойових дій. *Сучасні тенденції розвитку української науки* : матеріали Всеукр. наук. конф. (Переяслав-Хмельницький, 26-27 травня 2017 р.). Переяслав-Хмельницький, 2017. – Вип. 3 – 220 с. – С. 70–74.

39. Бриндіков Ю. Л. Місце реабілітаційної діяльності серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 26-27 травня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 102–106.

40. Бриндіков Ю. Л. Тренування пам'яті військовослужбовця як головний елемент засвоєння топографічних знань. *Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології*: зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (Шумен, Болгарія, 16-17 червня 2017 р.). Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen, 2017. С. 166–169.

41. Бриндіков Ю. Л. Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів у роботі з комбатантом. *Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО* : матеріали круглого столу (Хмельницький, 22 червня 2017 р.). Хмельницький : ХІСТ Університету «Україна», 2017. С. 13–16.

42. Бриндіков Ю. Л. Превенція психосоматичних проявів у воїнів АТО внаслідок впливу екстремальної ситуації. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології* : зб. тез наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 23-24 червня 2017 р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2017. С. 44–47.

43. Бриндіков Ю. Л. Морально-психологічна підтримка комбатантів як елемент вдосконалення їх мотиваційної спрямованості. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 14-15 липня 2017 р.). К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 105–108.

44. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інновацій для організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук*: зб. наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 11-12 серпня 2017 р.). Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2017. С. 36–38.

45. Бриндіков Ю. Л. Реабілітаційна діяльність з комбатантами як нова сфера професійної діяльності соціальних працівників та соціальних педагогів. *Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 1–2 вересня 2017 р.). К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 52–55.

46. Бриндіков Ю. Л. Сучасні моделі організації реабілітаційної діяльності з воїнами, що були учасниками військових дій. *Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз*: матеріали доповідей та повідомлень Міжнар. наук.-практ. конф. (Ужгород, 22 вересня, 2017 р.). Ужгород: ПП Роман О.І., 2017. С. 18–19.

47. Бриндіков Ю. Л. Травматичні стресові розлади у військовослужбовців як сфера реабілітаційної діяльності фахівців соціальних служб. *Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 13-14 жовтня 2017 р.). Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2017. С. 96–99.

48. Бриндіков Ю. Л. Потенціал арт-терапії в організації реабілітаційної діяльності з комбатантами. *Modern methods, innovation and operational experience*

in the field of psychology and pedagogics : International research and practice conference (Lublin, 20-21 October, 2017 r.). Lublin : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2017. С. 175–178.

49. Бриндіков Ю. Л., Шинкарук О. В. Шляхи корекції та виправлення соціальних патологій військовослужбовців учасників бойових дій. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 26-27 жовтня 2017 р.). Хмельницький : ХНУ, 2017. С. 151–152.

50. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : Тези доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 7 листопада 2017 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. С. 19–22.

51. Бриндіков Ю. Л. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до реабілітаційної діяльності з комбатантами на основі використання інноваційних методик та підходів як вимога часу. *Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи*: матеріали Всеукр. (з між нар участю) наук.-практ. конф. (Херсон, 15-16 листопада 2017 р.). Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. С. 143–146.

52. Бриндіков Ю. Л. Діяльність капеланів як інструмент забезпечення соціально-психологічних потреб військовослужбовців учасників бойових дій. *Актуальні дослідження в соціальній сфері*: матеріали десятої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2017 р.) / гол. ред. В. В. Корнєшук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2017. С. 96–98.

53. Бриндіков Ю. Л. Зміст та характеристика стрес-факторів, що негативно впливають на психосоматичний стан комбатантів. *Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій*: матеріали Всеукр. наук. конф. (Дніпро,

24-25 листопада 2017 р.). Частина II. Дніпро: СПД «Охотнік», 2017. С. 294–295.

54. Бриндіков Ю. Л. Потенціал розробки системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях. *Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 14 грудня 2017 р.). Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради. Х. : ФОП Перов В.В., 2018. С. 36–38.

55. Бриндіков Ю. Л. Соціальна відповідальність як фундаментальна основа соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Збірник науково-методичних праць Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції: «ВЕКТОР». - Вип. 2. Кам'янець-Подільський : «Аксіома», 2017. С. 243–245.

56. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування доцільності професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до організації діяльності з реабілітації сімей комбатантів. *Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих*: зб. наук. праць V Міжнар. наук.-практ. інтерне-конф. (Переяслав-Хмельницький, 27 лютого 2018 р.). Переяслав-Хмельницький : ФОП Домбровська Я.М., 2018. С. 25–28.

57. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інноваційних методик діагностики травматичного стресу у військовослужбовців учасників бойових дій. *Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії* : зб. матеріалів, доповідей Всеукр. наук.-практ. конф., (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДУУ, 2018. С. 217–219.

58. Бриндіков Ю. Л. Фізична реабілітація істерії як вияву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій. *Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика* : Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (з міжнар. участю) (Хмельницький, 19 квітня 2018 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2018. С. 143–146.

59. Бриндіков Ю. Л. Соціальна робота з підтримки та захисту учасників АТО та членів їх сімей (приклад м. Хмельницького) *Соціальна робота і соціальна педагогіка: виклики сьогодення* : зб. наук. праць за матер. VII Всеукр. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 26-27 квітня 2018 р.). Тернопіль : ТНПУ імені В. Гнатюка, 2018. С. 17–18.

60. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація комбатантів: системна робота фахівців соціальних структур. *Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Маріуполь, 15 червня 2018 р.). Маріуполь : ДонДУУ, 2018. С. 267–270.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

61. Бриндіков Ю. Л. Гендер: суспільно-політичний аспект. *Часопис Хмельницького університету управління та права «Університетські наукові записки»*. Вип. №3 (43). Хмельницький : Хмельницький університет управління та права, 2012. С. 591–595.

62. Бриндіков Ю. Л. Соціологічний аналіз сім'ї як основи суспільства. *Сталий розвиток економіки. Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. Вип. VII. Менеджмент, маркетинг, підприємництво. Хмельницький : ПВНЗ «Університет економіки і підприємництва», 2012. С. 245–248.

63. Бриндіков Ю. Л. Психологічний аналіз причин і наслідків демографічної кризи в Україні. *Збірник наукових праць : філософія, соціологія, психологія* : Вип. 18. Ч. 2. Івано-Франківськ : Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2013. С. 22–26.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	26
ВСТУП	27
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ	46
1.1 Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції	46
1.2 Нормативне забезпечення, основні концепції, підходи та принципи реабілітаційної діяльності в Україні	58
1.3 Теоретико-методологічні основи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій за кордоном	87
1.4 Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання	106
Висновки до розділу	128
РОЗДІЛ 2. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ	132
2.1. Сутність і зміст бойового стресу та обґрунтування потреби стресостійкої поведінки	132
2.2. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій	153
2.3. Потенціал ігрових технологій у реабілітаційній діяльності особового складу Збройних Сил України	178
2.4. Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях	195
2.5. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців-учасників бойових дій	215
Висновки до розділу	233

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ 236

3.1 Загальнонаукові методологічні підходи й принципи проектування системи організації та здійснення комплексної реабілітації особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях 236

3.2 Потенціал мультидисциплінарного підходу до організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб.....250

3.3 Модель системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій 265

3.4 Обґрунтування та характеристика організаційно-педагогічних умов дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій 277

Висновки до розділу 293

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ 296

4.1. Моніторинг основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.....296

4.2. Загальна методика проектування реабілітаційного простору 310

4.3. Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях 324

4.4. Зміст форм та засобів, покладених в основу реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій 338

4.5. Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях 350

Висновки до розділу 373

РОЗДІЛ 5. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ДІЄВОСТІ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	376
5.1. Організація експериментального дослідження	376
5.2. Аналіз та інтерпретація результатів	397
5.3. Методичні рекомендації фахівцям соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях	410
Висновки по розділу	417
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	420
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	427
ДОДАТКИ	487

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО – антитерористична операція

БАТ – біологічно активні точки

БС – бойове стомлення

БСР – бойова стресова реакція

ДРРО (EMDR) – десенсибілізація і репроцесуалізація рухом очей

ЗСУ – Збройні Сили України

ІПР – індивідуальна програма реабілітації

НПН – нервово-психічне напруження

ПСР – психічна саморегуляція

ПТЗ – посттравматичне зростання

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ТС – терапевтичне середовище

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний стан українського суспільства пов'язаний з комплексом різноманітних факторів економічного, політичного, демографічного і духовного характеру, що негативно впливають на людей. Серед надзвичайних ситуацій особливе місце займають соціальні катастрофи, до яких належать військові конфлікти, які супроводжуються веденням активних бойових дій. Військові дії на сході України – показовий приклад надзвичайної ситуації військового характеру, перебування в якій суттєво впливає на психіку людини і викликає зміни в життєдіяльності й поведінці особистості. Специфіка служби військовослужбовців полягає в необхідності виконання професійних обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів, пов'язаних із бойовими діями, в зв'язку з чим вони можуть бути віднесені до групи ризику розвитку соціально-психологічної дезадаптації. Виконання складних бойових завдань у військовослужбовців, як правило, супроводжується зниженням психологічних резервів організму, призводить до порушень життєдіяльності, несприятливих особистісних змін, які в подальшому негативно позначаються на загальному стані здоров'я, працездатності, стосунках з оточуючими тощо.

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців-учасників бойових дій. Зокрема, після повернення до мирного життя вони переживають нові стреси, пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення додому. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації комбатантів у суспільстві. За прогнозами психіатрів, в кращому випадку, у 20 % з учасників бойових дій в Україні в наступні роки буде діагностовано хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), якому вже дали назву «синдром АТО». З огляду на це, нині виникла нагальна потреба в

реабілітаційній діяльності, а нові умови ведення бойових дій в умовах гібридної війни вимагають від фахівців соціальних служб швидко реагувати на запити військовослужбовців-учасників бойових дій щодо організації та проведення комплексної реабілітації.

Військовослужбовці Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи комплексної реабілітації. Як свідчать статистичні дані, за роки війни на Донбасі в Україні з'явилося більше, ніж 320 тисяч ветеранів, які потребують комплексної допомоги, щоб інтегруватися знову у суспільство. Процес їхньої інтеграції вимагає створення такої системи реабілітації, яка б передбачала поєднання медичної, соціальної, психологічної та інших її видів. Існуючий в українському суспільстві комплекс заходів, які надають соціальні служби щодо реабілітації військовослужбовців, ветеранів бойових дій, має частковий, безсистемний і фрагментарний характер. Такий стан речей є результатом недосконалості соціального захисту військових (правового, економічного, соціального, психологічного, медичного). Незадоволеність військовослужбовців своїм становищем у суспільстві, посттравматичний стресовий розлад, високий відсоток суїцидів, психологічне неблагополуччя є наслідками, що не дають можливості військовослужбовцям-учасникам бойових дій максимально реалізувати свій потенціал у мирному житті. Важливу роль у цьому процесі покликані зіграти спеціалізовані соціальні служби та установи реабілітації, які мають забезпечити гідні умови для успішної комплексної реабілітації цієї категорії військових.

В Україні створені та діють відповідні державні органи (Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України до 10.09.2014, далі – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції; з 1.01.2019р. – Міністерство у справах ветеранів), громадські організації (наприклад, Всеукраїнська організація інвалідів війни, Збройних сил та учасників бойових дій; Громадська спілка «Вища координаційна рада у справах ветеранів війни та учасників

антитерористичної операції)), об'єднання волонтерів (наприклад, Громадська спілка «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»)). Однак методичні засади роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій не розроблені й досі. Попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.), «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і право вій захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991 р. (нова редакція 2017 р.); Накази Міністра оборони України «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» (2004 р.); «Про затвердження інструкції про порядок санаторно-курортного забезпечення у Збройних Силах України» (2011 р.); Розпорядження Кабінету Міністрів «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.)), жодних спеціальних норм щодо організації реабілітаційної діяльності з цією категорією військовослужбовців чинним законодавством не передбачено.

Загальні підходи до організації процесу реабілітації представлені у працях Л. Вакуленка, Т. Добровольської, І. Мисули, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та ін. Психологічні чинники впливу бойових дій на стан особового складу проаналізовані у дослідженнях українських науковців О. Блінова, О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, А. Романишина та ін. Правові аспекти у сфері реабілітації людей з інвалідністю були предметом дослідження В. Андрєєва, Я. Безуглої, Н. Болотіної, А. Єгорова, П. Пилипенка, Л. Шумної та ін. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями вивчають вітчизняні (В. Алещенко, О. Караман, В. Лесков, М. Маслова, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко, В. Турбан, О. Хміляр та ін.) і зарубіжні дослідники (L. Calhoun (Л. Калхун), D. Hall (В. Холл), D. Kishbaugh

(Д. Кишбог), R. Laufer (Р. Лауфер), R. Skurfield (Р. Скурфілд), C. Williams (С. Вільямс), J. Wilson (Дж. Вілсон) та ін.).

Організація реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями була об'єктом дослідження в дисертаційних роботах. Так, Н. Алаликіна вивчала ефективність психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців; С. Беловодова досліджувала методи поведінкової психотерапії в медико-психологічній реабілітації військовослужбовців; В. Березовець аналізував соціально-психологічну реабілітацію ветеранів бойових дій; А. Бурлак вивчав можливості ігрових технологій як засобу соціокультурної реабілітації військовослужбовців; В. Горлинський досліджував систему соціально-моральної регуляції у Збройних Силах України; А. Денисов зосереджував увагу на соціальній реабілітації російських військовослужбовців-учасників військових конфліктів; В. Лесков проаналізував соціально-психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців із районів військових конфліктів; В. Попов обґрунтував потенціал психологічної реабілітації військовослужбовців після екстремальних впливів; Є. Потапчук досліджував питання організації психологічної реабілітації у сім'ях військовослужбовців. Разом із тим, соціально-педагогічні аспекти реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, вивчені недостатньо.

Останнім часом спостерігається інтенсивне впровадження нових методів і технологій діагностики, лікування, корекції та профілактики стресових впливів у процес комплексної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. Однак, незважаючи на збільшення вітчизняних і зарубіжних досліджень, присвячених цій проблемі, все ще відчувається її недостатня розробленість із позицій ідей соціальної педагогіки і соціальної роботи, без використання яких повноцінна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій буде малоефективною.

З урахуванням результатів проведеного аналізу наукових джерел з проблеми організації та проведення реабілітаційної діяльності

військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, виявлено певні суперечності між:

- необхідністю здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, і відсутністю узгодженої діяльності мультидисциплінарної команди, яка б її здійснювала на високому професійному рівні;

- зростаючими вимогами до якості роботи спеціалізованих установ та соціальних служб, що здійснюють реабілітацію військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, і недостатнім методичним забезпеченням такої діяльності;

- значним зростанням попиту на реабілітаційні послуги від самих військовослужбовців-учасників бойових дій та реальним станом їх надання цій категорії клієнтів у зв'язку з відсутністю інноваційних технологій та браком практичного досвіду у фахівців соціальних служб щодо реалізації комплексної реабілітації;

- доцільністю реалізації окремих ідей зарубіжного досвіду здійснення реабілітаційної діяльності військових, що були учасниками військових дій, і складністю його адаптації до вітчизняних умов.

Актуальність зазначеної проблеми, недостатній рівень її вивчення у соціально-педагогічній теорії та практиці, необхідність подолання виявлених суперечностей зумовили вибір теми дисертаційного дослідження **«Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до теми науково-дослідної роботи кафедри соціальної роботи і соціальної педагогіки Хмельницького національного університету **«Теорія і практика соціально-педагогічної діяльності та соціально-психологічної допомоги в Україні і за рубежом»**, в межах комплексної теми науково-дослідної роботи Хмельницького національного університету **«Психолого-педагогічна система становлення особистості**

фахівця» (ДР № 0114U005266). Тему дисертації затверджено вченою радою Хмельницького національного університету (протокол № 5 від 24.12.2015 р.) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології НАПН України (протокол № 7 від 29.11.2016 р.).

Об’єкт дослідження – реабілітаційна діяльність із військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

Предмет дослідження – теоретико-методичні засади організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Мета дослідження полягає у теоретико-методологічному обґрунтуванні та експериментальній перевірці дієвості системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Відповідно до поставленої мети сформульовано основні **завдання дослідження**:

1. На основі опрацювання наукової літератури конкретизувати сутність дефініції «реабілітація», охарактеризувати її види та дослідити нормативне забезпечення, підходи і принципи організації реабілітаційної діяльності в системі соціальних служб в Україні.

2. Аргументувати необхідність застосування та визначити потенціал інноваційних технологій у процесі здійснення реабілітації особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

3. Обґрунтувати систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та розробити модель її реалізації.

4. Виокремити та перевірити ефективність організаційно-педагогічних умов дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

5. Експериментально перевірити дієвість запропонованої системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

6. Розробити методичні рекомендації фахівцям соціальних структур щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

Провідною ідеєю дослідження є положення про необхідність організації та здійснення комплексної (соціальної, психологічної, медичної/фізичної, педагогічної) реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях у спеціалізованих реабілітаційних установах, що передбачає залучення мультидисциплінарної команди фахівців соціальних служб на основі цілеспрямованого використання інноваційних технологій, методів та форм такої діяльності.

Концепція дослідження. Основні концептуальні підходи дослідження ґрунтуються на сучасних положеннях про реабілітаційну діяльність, мета якої полягає у створенні сприятливих умов для життєдіяльності військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, і визначається соціальною політикою держави. Концепція полягає в розкритті системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, що базується на трьох концептах (методологічному, теоретичному й технологічному) та передбачає оптимізацію цієї роботи з урахуванням особливостей життєдіяльності військовослужбовців, специфіки військової професії, а також умов ефективності її здійснення.

Методологічний концепт відображає взаємозв'язок і взаємодію різних підходів, на основі яких здійснюється проектування системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що брав участь у бойових діях, а саме: мультидисциплінарного – передбачає створення мультидисциплінарної команди фахівців, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію; системного – сприяє виявленню структурних компонентів системи організації реабілітаційної діяльності; технологічного – забезпечує цілеспрямований синтез форм, технологій і засобів реабілітації, відкриває нові можливості для методичної варіативності під час організації реабілітаційного процесу в системі соціальних служб; комплексного –

передбачає налагодження взаємозв'язків між різними соціальними структурами, що займаються реабілітацією військовослужбовців-учасників бойових дій, органічне поєднання різних видів реабілітації (соціальної, психологічної, медичної/фізичної, педагогічної), комплексне застосування ефективних форм, методів, технологій і засобів у процесі організації та проведення реабілітаційних заходів.

З позиції *теоретичного* концепту організація реабілітаційної діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій передбачає комплекс скоординованих заходів медичного, фізичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру, спрямованих на найбільш повне відновлення здоров'я, психологічного, соціального та морального статусу і працездатності військовослужбовців, які значно погіршили їх під час бойових операцій.

Практичний концепт передбачає реалізацію комплексного підходу до організації та здійснення реабілітаційної діяльності військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, на основі активного використання фахівцями соціальних служб арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейної терапії та інноваційних методик (психічна саморегуляція, аутогенне тренування, конфронтаційна сугестія).

Провідна ідея дослідження, окреслені концепти стали підґрунтям для формування **гіпотези**, яка полягає в тому, що функціонування системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій буде ефективною, якщо: вона міститиме відповідні блоки (методологічний, змістовий, процесуальний, результативний), ґрунтуватиметься на сукупності методологічних підходів (мультидисциплінарний, системний, комплексний, технологічний), загальнонаукових (комплексності; наступності; послідовності; безперервності; диференційованості) і специфічних (оперативності; гнучкості; багатоступеневості; невідкладності; індивідуального підходу; максимального синергічного співробітництва; багаторівневого характеру

саногенних заходів; цілісності; гармонійності; динамічності; гуманізації; індивідуалізації; взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди; забезпечення педагогічної підтримки) принципів, які відображають нормативно-законодавчі, науково-теоретичні й технологічні ідеї комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, що забезпечують ефективне здійснення цього напрямку роботи та сприяють розв'язанню окреслених завдань з урахуванням її специфіки на сучасному етапі.

Загальна гіпотеза конкретизована у **часткових положеннях**, які передбачають, що ефективність реабілітаційної діяльності забезпечується створенням системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, а також упровадженням відповідних організаційно-педагогічних умов, що:

1) сприяють усвідомленню військовослужбовцями-учасниками бойових дій важливості та значущості реабілітації для збереження і зміцнення здоров'я та соціалізації у суспільстві;

2) дають можливість залучити до реалізації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій фахівців різних галузей – соціальних працівників, соціальних педагогів, реабілітологів, медиків, психологів на основі створення мультидисциплінарної команди;

3) дають змогу організувати комплексну реабілітаційну діяльність, що поєднує діагностувальні, коректувальні, терапевтичні й профілактичні заходи, розроблені з використанням інноваційних технологій;

4) формують у військовослужбовців-учасників бойових дій дієві установки на пошук внутрішніх потенційних можливостей та резервів щодо повернення до мирного життя.

Методологічну і теоретичну основу дослідження становлять наукові ідеї, які розкривають: теоретичні й методичні аспекти реабілітації та її видів (А. Гордєєва, О. Караяні, В. Кудрявцева, І. Парфанович, Н. Піонтківська, О. Трошин, В. Шпак та ін.); загальні підходи до організації реабілітаційної діяльності (Л. Вакуленко, В. Кудрявцева, І. Мисула, В. Мисюра, О. Трошин,

В. Турбан, А. Шевцов та ін.) та особливості здійснення реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях (Н. Алаликіна, О. Жаданюк, С. Іващенко, О. Лазарєва, В. Лесков, Л. Литвиненко, А. Руденко, В. Шевченко та ін.); сутність і специфіку стресу та його наслідків (В. Алещенко, І. Вдовіна, С. Мальована, А. Озерянський, Г. Сельє та ін.); концептуальні положення загальної теорії систем та їх педагогічне моделювання (В. Бахрушин, В. Докучаєва, О. Горбань, В. Пікельна, В. Садовський, Г. Терещук, Г. Щедровицький та ін.); фундаментальні ідеї мультидисциплінарного (О. Дідик, Ж. Золотарьова, Т. Іванова, О. Камаєва, К. Сорока та ін.), системного (І. Андрущук, О. Караман, Дж. Клір, О. Кокун, Т. Сергієнко та ін.), технологічного (В. Крайнюк, В. Ляудіс, І. Підласий, В. Поліщук, Р. Попелюшко та ін.) підходів; теоретико-методологічні основи реабілітаційної парадигми щодо військовослужбовців за кордоном (А. Бурлак, А. Денисов, А. Маклаков, В. Осьодло, О. Серповська та ін.); теоретичні засади модернізації комплексної реабілітації на основі впровадження арт-технологій (Дж. Аллан, О. Вознесенська, О. Копитін, Л. Лебедева, А. Романишин, О. Сорока та ін.), потенціал тренінгових технологій у реабілітації (І. Вачков, О. Кравченко, С. Лебедева, В. Пузіков, О. Скрипкін та ін.), можливості ігрових технологій під час реабілітаційної діяльності (А. Бурлак, С. Довбня, А. Єрмоменко, Д. Кіннер, С. Поляков та ін.); концептуальні підходи до вивчення сімей військовослужбовців і проведення з ними сімейної терапії (В. Багрій, В. Бондаренко, О. Запорожець, Н. Зарецька, Н. Олексюк та ін.); фундаментальні положення соціальної педагогіки, соціальної психології та соціальної роботи, що склали підґрунтя для побудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій (О. Євсюков, І. Зверєва, А. Капська, І. Козубовська, І. Пеша, Є. Потапчук, Л. Романовська, І. Трубавіна, С. Харченко та ін.); теоретичні основи технологій і методів реабілітаційної діяльності військовослужбовців Збройних Сил України (В. Березовець, В. Горлинський, О. Здоровицький, О. Ковальчук, О. Кокун та

ін.); положення військової педагогіки і психології (О. Діденко, С. Іващенко, М. Козяр, Л. Литвиненко, А. Маклаков, В. Невмержицький, В. Ягупов та ін.).

Методи дослідження. У процесі роботи використовувались як загальнонаукові, так і спеціальні методи дослідження:

– *теоретичні*: аналіз, синтез, класифікація та оглядовоаналітичний метод, вивчення наукової соціально-психолого-педагогічної та навчально-методичної літератури з теми дослідження; системно-структурний аналіз нормативних документів щодо організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями; концептуально-порівняльний аналіз реабілітаційної діяльності з особовим складом збройних сил різних країн у ході бойових дій. Використання цих методів дало змогу вивчити напрацювання в зазначеній галузі, провести огляд та аналіз отриманих іншими вченими даних для їх подальшої систематизації та узагальнення;

– *емпіричні*: метод спостереження використовувався для первинного збору інформації про проблеми військовослужбовців-учасників бойових дій; метод анкетування використовувався для діагностики основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, та для оцінювання значущості стрес-факторів, що впливають на їхній психоемоційний стан (анкета «Стрес-фактори»); метод «незакінчених речень» застосовувався для визначення уявлень військовослужбовців-учасників бойових дій про реабілітацію; метод ранжування мотивів для оцінювання значущості реабілітації; психодіагностичний метод, який представлений у дослідженні низкою діагностичних методик: 1) модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера, адаптована до дослідження – використано для визначення рівня стресу військовослужбовців; 2) опитувальник для первинного скринінгу ПТСР – методика використовувалася для виявлення ПТСР у військовослужбовців-учасників бойових дій; 3) опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, адаптований до дослідження – використовувався для діагностики наявності різних проявів депресії; 4) тест

на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко, адаптований до дослідження – використано для діагностики рівня стресостійкості; 5) тест «Самооцінка конфліктності» В. Ратнікова – застосовано для визначення рівня конфліктності військовослужбовців; 6) тест А. Ассингера на оцінку агресивності у взаєминах, адаптованого до дослідження – спрямований на вимірювання ступеня агресивності військовослужбовців; 7) шкали тривожності Тейлора, адаптація М. Пейсахова, адаптована до дослідження – для оцінювання рівня тривожності військовослужбовців-учасників бойових дій; метод педагогічного моделювання, узагальнення, проектування, класифікації для обґрунтування концептуальних положень та побудови графічної моделі системи комплексної організації та здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій; метод педагогічного експерименту для перевірки ефективності розробленої системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та дослідження дієвості організаційно-педагогічних умов;

– *методи математичної статистики*: кількісний та якісний аналіз експериментальних даних, визначення χ^2 -критерію для з'ясування статистичної значимості відмінностей експериментальної і контрольної вибірок, t -критерій Стюдента для виявлення достовірності відмінностей експериментальних показників до і після соціально-педагогічного експерименту.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2015–2018 років на базі Хмельницького обласного центру соціально-психологічної допомоги, Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни, Хмельницького обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, Комунального закладу «Івано-Франківський обласний госпіталь ветеранів війни», Хмельницької обласної психіатричної лікарні №1, військової частини А 3808. На різних етапах педагогічним

експериментом охоплено 557 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та проходили реабілітацію.

Наукова новизна результатів дослідження полягають у тому, що *вперше*:

– *обґрунтовано та експериментально перевірено* систему організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, основними компонентами якої є: методологічний блок – мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації; психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), підходи (мультидисциплінарний, системний, комплексний, технологічний), загальнонаукові й специфічні принципи; змістовий блок – комплексна реабілітація, представлена медичним/фізичним, соціальним, педагогічним і психологічним видами; різноманітні соціальні служби різного рівня і різної відомчої приналежності та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, що здійснюють реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій; процесуальний блок – поетапна технологія реабілітації (діагностувальний, розробка індивідуальної програми, робочий, післяреабілітаційний супровід); комплекс різноманітних технологій (арт-терапевтична, тренінгова, ігрова), сімейної терапії, інноваційних методів і прийомів; результативний блок – компоненти реабілітованості (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості (високий, достатній, середній, низький) і результат, а також розроблено її графічну модель;

– *визначено* організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій: здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців (згідно розробленої

комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період.

– *удосконалено* зміст, форми і методи в процесі організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб й розроблено комплексну діагностику для визначення основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях;

– *уточнено* сутність поняття «реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій», «види реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій».

Набули подальшого розвитку наукові уявлення про реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій фахівцями соціальних служб та установ й вивчено потенціал арт-терапії, ігрової технології, тренінгової технології та сімейної терапії під час організації реабілітаційної діяльності з цією категорією клієнтів.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що: сформульовано засади реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; сформульовано теоретичні положення, які створюють передумови для розробки системи організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях та обґрунтовано сутність загальнонаукових і спеціальних принципів та підходів, покладених в її основу; здійснено уточнення дефініцій «реабілітація», «реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій».

Практичне значення дослідження полягає у реалізації системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; розробці та апробації тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців, що були учасниками бойових дій; підготовці діагностичного інструментарію для комплексної діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-

учасників бойових дій; розробці методичних рекомендацій для фахівців соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

У практичному вимірі важливим є розробка навчальних та навчально-методичних посібників: «Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами» – охоплює теоретичні та практичні основи реабілітації, характеризує особливості реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; «Ознайомча та ознайомчоволонтерська практики: методичні вказівки щодо їх виконання для студентів спеціальності «Соціальна робота»» – розкриває методичні засади організації практики студентів у системі соціальних служб; «Людина в сучасному соціумі : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напрямів підготовки «Соціальна педагогіка», «Практична психологія» і «Соціальна робота»» – описує методику організації семінарських та практичних занять, висвітлює організацію самостійних, індивідуальних навчально-дослідницьких завдань студентів; «Реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи» – висвітлює основи реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій у системі соціальних служб, характеризує професійну діяльність фахівців соціальних служб з цією категорією населення.

Матеріали дослідження можуть бути використані у: професійній діяльності працівників державних, громадських організацій, фахівців соціальних структур, що займаються організацією реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій; соціальних працівників, соціальних педагогів, практичних психологів, керівників громадських організацій та волонтерів, котрі працюють у військових частинах та госпіталях для ветеранів війни; проектуванні освітнього процесу у закладах вищої освіти, які готують майбутніх соціальних педагогів, соціальних працівників та психологів.

Результати дисертаційної роботи **впроваджено** в практику діяльності Хмельницького обласного центру соціально-психологічної допомоги (довідка про впровадження №65/01-06 від 01.06.2018 р.), Хмельницького обласного госпіталю ветеранів війни (довідка про впровадження №412 від 05.06.2018 р.), Хмельницького обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка про впровадження №454 від 06.06.2018 р.), Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону (м. Вінниця) (довідка про впровадження №2435 від 11.06.2018 р.), Комунального закладу «Івано-Франківський обласний госпіталь ветеранів війни» (довідка про впровадження №01-22/345 від 14.06.2018 р.), Хмельницької обласної психіатричної лікарні №1 (довідка про впровадження № 615 від 21.06.2018 р.), а також у виховний процес військової частини А 3808 (Код 08280683) (довідка про впровадження №430 від 18.06.2018 р.).

Особистий внесок здобувача. Усі висвітлені у дисертації наукові результати одержані автором самостійно. У працях, опублікованих у співавторстві, особистим внеском здобувача є: [23] – висвітлення соціального аспекту істерії як різновиду ПТСР у військовослужбовців-учасників бойових дій; [31] – характеристика спортивно-масових заходів як інструменту реабілітації; [49] – виправлення соціальних патологій військовослужбовців-учасників бойових дій. Ідеї співавторів у дисертації не використано.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дослідження апробовано на наукових і науково-практичних конференціях різних рівнів:

– *міжнародних*: «Актуальні проблеми підготовки та професійної діяльності фахівців соціальної сфери» (Хмельницький, 2014 р.); «Багатоманітність культур як педагогічна проблема» (Бердянськ, 2015 р.), «Актуальні дослідження в соціальній сфері» (Одеса, 2016 р., 2017 р.), «Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології» (м. Шумен, Болгарія 2017 р.); «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології» (Львів,

2017 р.), «Гуманітарна парадигма як стратегія інноваційного розвитку освіти» (Рівне, 2017 р.), «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (Київ, 2017 р.), «Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук» (Одеса, 2017 р.), «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (Київ, 2017 р.), «Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз» (Ужгород, 2017 р.), «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення та підходи» (Дрогобич, 2017 р.), «Сучасні методики, інновації та досвід практичного застосування у сфері психології та педагогіки» (Люблін, Республіка Польща, 2017 р.), «Забезпечення якості вищої освіти: європейські й національні стандарти та індикатори» (Старобільськ, 2017 р.), «Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму» (Кам'янець-Подільський, 2017 р.), «Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих» (Переяслав-Хмельницький, 2018 р.), «Соціальне виховання: від традицій до сучасності» (Київ, 2018 р.);

– *всеукраїнських*: «Формування регіонального лідера: виклики сьогодення» (Хмельницький, 2013 р.); «Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи» (Кам'янець-Подільський, 2015 р.), «Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2016 р.), «Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи» (Хмельницький, 2016 р., 2017 р.), «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців» (Хмельницький, 2017 р.), «Фактори розвитку педагогіки і психології в ХХІ столітті» (Харків, 2017 р.) «Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки» (Запоріжжя, 2017 р.), «Сучасні тенденції розвитку української науки» (Переяслав-Хмельницький, 2017 р.), «Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи» (Запоріжжя, 2017 р.), «Проблеми саморозвитку та самовдосконалення

особистості в умовах модернізації педагогічної освіти» (Харків, 2017 р.), «Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи» (Хмельницький, 2017 р.), «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій» (Дніпро, 2017 р.), «Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи» (Херсон, 2017 р.), «Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства» (Харків, 2017 р.) «Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії» (Маріуполь, 2018 р.), «Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2018 р.), «Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика» (Хмельницький, 2018 р.), «Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення» (Маріуполь, 2018 р.);

– *регіональних та міжвузівських науково-практичних семінарах, круглих столах та конференціях*: «Соціально-економічний розвиток України та регіонів» (Івано-Франківськ, 2014 р.), «Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання» (Київ, 2016 р.), «Медико-психологічні аспекти реабілітації учасників бойових дій» (Хмельницький, 2016 р., 2017 р.), «Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО» (Хмельницький, 2017 р.).

Кандидатська дисертація на тему «Розвиток професійної готовності водіїв автотранспорту до дій в екстремальних ситуаціях» зі спеціальності 19.00.09 – психологія діяльності в особливих умовах захищена в 2009 р. у спеціалізованій раді К 70.705.02 Національної академії Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Матеріали кандидатської дисертації в тексті докторської не використовувалися.

Публікації. Результати дисертаційної роботи відображено в 63 наукових працях, з яких 60 – одноосібні. Серед них: 1 одноосібна монографія; 4 навчально-методичних посібники; 25 статей у наукових

фахових виданнях України, з яких 18 статей у виданнях, віднесених до міжнародних наукометричних баз даних; 3 – у закордонних наукових періодичних виданнях.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається з анотацій, вступу, переліку умовних скорочень, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел (556 найменувань, з них 53 – іноземною мовою), 18 додатків на 72 сторінках. Робота містить 40 таблиць і 3 рисунки. Загальний обсяг дисертації становить 559 сторінок, з них 403 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

1.1 Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції

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

Важливим методологічним моментом нашого дослідження є встановлення видо-родових відносин поняття «реабілітація» з іншими спорідненими категоріями, і, перш за все, з такими як адаптація, реадаптація, ресоціалізація тощо. Оскільки психологічна реабілітація є різновидом *психологічної допомоги*, розглянемо її. Військові психологи трактують психологічну допомогу як будь-яку цілеспрямовану активність людини, спрямовану на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні. Діапазон форм психологічної допомоги доволі широкий і містить: просту «співприсутність», що породжує ефект фасилітації; психічне зараження; навчання; стимуляцію; повідомлення корисної інформації; демонстрацію ефективних моделей поведінки; консультування; психотерапію тощо. Встановлено, що допомога може надаватися до початку, під час, а також після виконання бойових дій [217]. Окрім цього, психологічна допомога спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей і здоров'я військових.

Реабілітація військовослужбовців, які певний час перебували в екстремальних умовах, безпосередньо пов'язана з *адаптацією* – «це не тільки процес, але і властивість будь-якої живої саморегулювальної системи.

Дана властивість для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною, обумовленою особливостями розвитку фізіологічного та психічного рівнів і отже розглядається як властивість особистості в цілому» [282, с. 30]. Стосовно соціально-психологічної *адаптації*, дослідники [16; 317] переконані, що її результатом є адаптованість, що визначається як стан взаємовідносин особистості і групи, коли особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціогенні потреби, в повній мірі йде назустріч тим рольовим очікуванням, які висуває до неї еталонна група, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей [313, с. 18].

Поняття «адаптованість» («стійка адаптація») є синонімом «норми», «здоров'я». Під стійкою адаптацією О. Жаданюк розуміє ті регуляторні реакції, психічну діяльність, систему відносин, що виникли під час онтогенезу в конкретних екологічних і соціальних умовах і функціонування яких у межах оптимуму не вимагає від особи значної нервово-психічної напруги. Вважаємо, що однією з ознак адаптації є те, що регулятивні процеси, які забезпечують рівновагу організму як цілого в зовнішньому середовищі, протікають злагоджено, плавно та економічно, тобто в так званій зоні «оптимуму». З'ясовано, що «адаптоване регулювання зумовлюється тривалим пристосуванням до умов навколишнього середовища, тим, що в процесі життєвого досвіду вона виробила набір алгоритмів реагування на закономірно і вірогідно повторювані дії («на всі випадки життя»))» [178, с. 19-20]. Погоджуємося із науковцями у тому, що успішна адаптація залежить не тільки від зовнішнього середовища, соціального оточення і фізіологічних процесів, але і «від особистісних структур, властивостей, характеристик, однією з яких є емоційна стійкість, що забезпечує безпеку особистості, а отже, і психологічну адаптацію» [178, с. 21].

Уточнюючи зміст адаптації військовослужбовців, Н. Алаликіна наголошує, що в основі їх початкових дій у цивільному житті основними процесами є переадаптація і реадаптація [4, с. 44]. Під соціально-

психологічною *реадаптацією* О. Караяні [217] розуміє процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «прилаштування» їх до системи соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Її необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій для профілактики розвитку у них ПТСР, дезадаптації, конфліктів з оточуючими.

Аналіз ПТСР дав змогу В. Попову висунути гіпотезу про тісний взаємозв'язок процесів адаптації та реактації з характером проявів ПТСР:

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

– процес реактації до звичайних умов стримує появу симптомів ПТСР (латентний період), а його неуспішність призводить до появи відстрочених ПТСР [363, с. 8].

Як справедливо зазначає О. Жаданюк, сформовані динамічні системи, що регулюють відносини людини, її рухову діяльність, у міру збільшення часу перебування в незвичайних умовах існування перетворюються на стійкі стереотипні системи. Колишні ж адаптаційні механізми, що виникли в звичайних умовах, забуваються і втрачаються. При поверненні людини з незвичайних умов у звичайні динамічні стереотипи, що склалися в екстремальних умовах, руйнуються, і виникає потреба у відновленні колишніх стереотипів, тобто реактуватися. Таким чином, можемо констатувати, що психічна реактація, так само як і переадаптація, супроводжується значними кризовими явищами [178, с. 27].

Науковці [4; 178] переконані, що незалежно від конкретних форм незвичайних умов існування психічна переадаптація в екстремальних умовах, дезадаптація в них і реактація до звичайних умов життя відбуваються поетапно. Аналіз дисертаційних досліджень [4; 178] дав змогу охарактеризувати етапи адаптації військовослужбовців до мирного життя (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Характеристика етапів адаптації військовослужбовців-учасників
бойових дій до умов мирного життя**

Етапи	Характеристика
<i>Перший – Підготовчий</i>	Людина збирає інформацію, що дасть змогу скласти уявлення про екстремальні умови, усвідомити завдання, які доведеться вирішувати; опановує нові ролі; оволодіває уміння і навички для встановлення взаємовідносин з іншими людьми
<i>Другий – Стартової психічної напруги</i>	Інформаційна невизначеність і передбачення можливих складних ситуацій спричиняють появу сильної психічної напруги, що виражається в складних емоційних переживаннях, порушеннях сну і вегетативних змінах організму
<i>Третій – Гострих психічних реакцій входу</i>	Можуть виникати позитивні емоційні переживання (ейфорія, гіпоманіакальність), що супроводжуються підвищеною руховою активністю. При цьому усувається інформаційна невизначеність і людина виявляється надмірно поінформованою. Окрім цього, цей етап може супроводжуватися психічною напругою, пов'язаною із загрозою для життя. За умов емоційного розв'язання проблеми, людина відчуває повну поінформованість, упевненість у матеріальному стані та засобах порятунку і в правильності своїх дій при виникненні непередбачених ситуацій
<i>Четвертий – Переадаптації</i>	Формуються нові функціональні системи в центральній нервовій системі, що дають змогу адекватно відображати реальну дійсність в незвичайних умовах життя. Відбувається актуалізація необхідних потреб і виробляються захисні механізми, що забезпечують реакції на психогенні фактори
<i>П'ятий – Завершального психічного напруження</i>	З'являються незвичайні психічні стани, що характеризуються емоційною лабільністю, порушеннями ритму сну і бадьорості
<i>Шостий – Гострих психічних реакцій виходу</i>	Відбувається кардинальна зміна функціональних систем психофізіологічної організації, що супроводжується появою незвичних психічних станів, порушенням пізнавальних процесів, емоційного регулювання та рухової діяльності
<i>Сьомий – Реадаптації</i>	Відбувається відновлення процесів відображення, системи відносин і координації рухів, адекватних для звичайних умов життя

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

Якщо досліджувати співвідношення адаптації та дезадаптації, то науковці [326; 413; 452] вважають за доцільне розглядати стан дезадаптованості як порушення процесів адаптації. Дезадаптація завжди соціальна, це стан людини, яка не знаходить у навколишньому середовищі умов, відповідних її потребам, здібностям і бажанням.

Пояснюючи поняття соціальної дезадаптації, О. Коржиков виділяє два підходи, по-перше, це непристосованість до середовища, коли дезадаптація стає хворобою і супроводжується такими психопатологічними проявами як агресивна ейфорія і напруженість, а також втрата своєї індивідуальності. По-друге, це, так звана, зворотна соціальна дезадаптація, коли не тільки організм намагається пристосуватися до середовища, а й саме середовище підлаштуватися до життєдіяльності людини. Це ще більше посилює дезадаптацію, відчуженість соціального середовища по відношенню до людини й людства. У зв'язку з цим, О. Коржиков пояснює, чому молоді необстріляні солдати, які потрапили в зону соціальних конфліктів, але при цьому мають невротичний характер, неврівноваженість, психічний інфантилізм, не відчували так гостро розлади із середовищем, в якому вони опинилися. Справа в тому, що самі вони перебували в стані функціональної аритмії. При цьому, здорова людина з багатим внутрішнім світом і різнобічним сприйняттям не змогла би протистояти дезадаптації [242, с. 76].

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

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

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

– третій рівень – загальна соціально-психологічна дезадаптованість – це вже хвороба з патологічними комплексами-синдромами неврозів і психозів, переродженням особистості і перманентною фрустрацією, відсутністю захисних механізмів [242, с. 77].

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

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

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

Це довгий і складний процес, для якого характерні зміна емоційних станів і поява незвичайних психічних феноменів. Погоджуємося з науковцями у тому, що тривалість і глибина його протікання для кожного індивіда варіюється залежно від індивідуально-психологічних особливостей офіцерів, фізичного та психічного стану [4, с. 37].

Для розуміння змісту терміну «реабілітація військовослужбовців» розпочнемо з уточнення основних дефініцій. Насамперед констатуємо, що ще й нині не існує єдиного загальновизнаного визначення «реабілітації». Поняття «реабілітація» було введено в науковий обіг у кінці 19 століття і стосувалося тільки медичної галузі, а трактувалося як медико-соціальне відновлення на основі будь-якої діяльності. Зокрема деякі дослідники [4; 156; 298] переконані, що термін «реабілітація» отримав міжнародне визнання після першої світової війни, коли з'явилося багато інвалідів війни, для яких відкривались спеціальні госпіталі, де широко використовувалися різні методи відновлювального лікування.

Поступово, у міру поглиблення знань про людину, поняття «реабілітація» стали активно використовувати і в інших сферах, зокрема, в психології, педагогіці, соціології тощо. Так, у юридичному контексті поняття «реабілітація» передбачає повне відновлення правового становища особистості; у соціально-економічному розумінні – комплекс заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [133]. У психіатрії реабілітація є складним і багатоетапним процесом, що дає змогу створити у пацієнта активне ставлення до розладів здоров'я з поступовим відновленням позитивного ставлення до сім'ї і суспільства загалом. Система реадaptaційних і реабілітаційних заходів передбачає методи трудової терапії, психосоціального, психотерапевтичного і фармакотерапевтичного впливу, оздоровлення мікросоціального середовища (зняття в свідомості здорових людей приреченості і безнадійності при душевному захворюванні близької

людини), налагодження взаємин «хворого» з оточуючими, насамперед, з членами сім'ї [412, с. 194].

У соціальній роботі під реабілітацією розуміють не тільки відновлення здоров'я клієнта (в разі інвалідності), а більш широко, як відновлення соціального статусу людини, групи людей, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до важкої ситуації. До таких проблем О. Холостова відносить не тільки інвалідність, а й міграцію, безробіття, відбування покарання в місцях позбавлення волі тощо [480; 481].

У нашому дослідженні ми притримуємося думки, що реабілітація є складним багатогранним поняттям, яке буквально означає «відновлення». Саме тому, науковці [144; 204] зосереджують увагу на різних її аспектах, а саме:

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

Таким чином нині в наукових колах виокремлюють різні види реабілітації. Відзначимо, що формування термінологічної бази поняття «реабілітація» бере початок в країнах Західної Європи. Так, у Франції прийнято поняття «*readaptation*», в основі якого – уявлення про відновлення пристосовності на зміненому хворобою рівні. У Данії та Швеції прийнятий термін «принцип нормалізації» («*principle of normalization*»), що зближується

з поняттям «абілітація» («*habilitation*» – надання можливостей) і «застосовується щодо осіб, які страждають з раннього віку будь-яким фізичним або психічним дефектом» [144, с. 21].

Відзначимо, що наукова дефініція «реабілітація» зазнала певних трансформацій, що було пов'язано з історичним контекстом. Зокрема, під час Першої світової війни почали активно розвиватися різні види реабілітації. Тисячі покалічених і травмованих воїнів отримували реконструктивну допомогу і відновлювальне лікування. Так, у 1903 році Франц Йозеф Раттер фон Бус у книзі «Система загального піклування над бідними» уперше ввів поняття «реабілітація», причому головна увага була зосереджена на благодійній діяльності. Дещо пізніше, а саме у 1922 році в США Міжнародне товариство по догляду за дітьми-каліками вперше у світі взяло на себе розробку найбільш важливих питань реабілітації [292]. Медичний сенс у термін «реабілітація» було вкладено у Вашингтоні в 1946 році на нараді з питань реабілітації хворих на туберкульоз, на якій сутність реабілітації вбачали «у відновленні фізичних і духовних сил потерпілого, а також його професійних навичок» [204].

Термін «реабілітація» походить від пізнєлатинського «*rehabiti*» – здібність, «*rehabilitatio*» – відновлення здібностей. Реабілітація представляє собою комплекс координування заходів фізичного, медичного, психологічного, соціального та педагогічного характеру, які спрямовані на якомога повніше відновлення здоров'я, психологічного статусу і працездатності людей, які втратили ці здібності в результаті перенесеного захворювання. Це досягається шляхом виявлення резервних можливостей організму і стимуляції його фізичних, психологічних і професійних можливостей. Таким чином, однією з особливостей реабілітації А. Бурлак називає її «багатоплановість, необхідність залучення для її реалізації фахівців різних галузей знань» [112, с. 79].

Згідно з визначенням Міжнародної організації праці, під реабілітацією розуміється «відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними або

психічними можливостями з метою досягнення максимальної повноцінності з фізичної, психічної, соціальної і професійної точок зору». При цьому характер травми або характер захворювання хворого, як правило, не мають значення. Особи з дефектами розвитку, травмами, тривалими захворюваннями неврологічного, терапевтичного, психічного або будь-якого іншого характеру, а також особи, які брали участь у бойових діях як всередині країни, так і за її межами потребують реабілітації. На засіданні комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по реабілітації в 1968 році було вирішено, що під реабілітацією слід розуміти «комбіноване застосування медичних, соціальних, навчальних і професійних заходів з метою досягнення і використання потребуемого контингенту своїх максимальних функціональних можливостей» [156, с. 49–50]. Окрім цього реабілітацію розглядають як процес, метою якого є попередження розвитку інвалідності, яку можна запобігти в період лікування захворювання і допомогу інвалідам у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку вони придатні в рамках існуючого захворювання або тілесної недуги [126].

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «реабілітація». Так, у публікації Р. Овчарової [325] реабілітація розглядається як комплексна, етапна, багаторівнева, динамічна система взаємопов'язаних дій, які спрямовані на відновлення людини в правах, здоров'ї, статусі, дієздатності, що охоплює корекцію і профілактику відхилень. Дослідники О. Трошін, Є. Жуліна та В. Кудрявцева трактують реабілітацію як «комплекс заходів, що допомагають людям з фізичними вадами і хронічними захворюваннями адаптуватися до вимог навчання, професійного та суспільного життя» [343, с. 12].

Дослідники [202; 203; 298] розглядають реабілітацію як сукупність різних впливів і заходів, спрямованих на максимально швидке і повноцінне відновлення відхилень, що виникли з різних причин, серед яких на одному з перших місць знаходиться фізична ущербність. Ядром цього процесу є

підтримка і розвиток у людини самоповаги і віри в свої сили, формування навичок самостійного вирішення життєвих проблем.

Нам імponує визначення, яке задекларовано у дисертаційному дослідженні А. Бурлак [113]. А саме автор доводить, що реабілітацію необхідно розглядати як науку і мистецтво відновлення особистості до рівня її соціальної активності. У розумінні В. Мясичева [304], реабілітація передбачає перебудову системи відносин особистості й пристосування його до цих важливих сторін життєдіяльності. Як зазначає М. Кабанов, «реабілітація – це система різних заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також на раннє і ефективне повернення людини в суспільство, до суспільно корисної праці» [203, с. 29]. Актуальним є підхід науковців [313; 464], які розглядають реабілітацію як систему державних соціально-економічних, професійних, медичних, психологічних, педагогічних та інших заходів, які спрямовані на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності й передбачають швидке повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці в суспільстві.

Доволі цікавим визнаємо визначення реабілітації, запропоноване О. Берецькою [31]. Вчена трактує її як «комплексну, багаторівневу, етапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення людини в правах, статусі, здоров'ї, дієздатності як у власних очах, так і перед обличчям оточуючих з метою максимально повної реалізації її індивідуальних можливостей» [31, с. 9]. Досліджуючи особливості реабілітації старших вікових груп, О. Берецька прийшла до висновку, що суть реабілітації полягає в тому, щоб повернути людині віру в себе і свої сили, надати їй відчуття повноцінності особистості, яка повинна і може максимально реалізовувати свої фізичні і духовні потенції, реалізовувати свої прагнення, здатна знаходити нові джерела самовдосконалення та саморозвитку. Метою реабілітації в сучасних умовах дослідниця визначила «забезпечення людям можливості самореалізації, допомоги у виявленні,

розкритті, розвитку здібностей, створення умов для вільного розширення і закріплення різноманітних соціальних контактів, при одночасній підтримці процесу збереження, розвитку, можливої корекції соціального, культурного, духовного, біологічного життя» [31, с. 9].

Дещо по-іншому визначає кінцеву мету реабілітації інвалідів Г. Дремова [164], яка наголошує, що це соціальна інтеграція – активна участь в основних напрямках життєдіяльності суспільства, «включеність» до соціальних структур, призначених для здорових і пов'язаних з різними сферами життєдіяльності людини – навчальної, професійної тощо.

Найбільш цікавою, з огляду на предмет нашого дослідження, є позиція О. Серповської, яка переконана, що сутність реабілітації співробітників правоохоронних органів – учасників бойових дій – засобами соціально-культурної діяльності, являє собою «комплексний цілеспрямований процес відновлення порушених чи втрачених унаслідок перебування в зоні бойових дій психологічних, соціально-комунікативних ресурсів організму за допомогою адекватних засобів і форм соціально-культурної діяльності, що мають пізнавальну, інформаційно-просвітницьку та культурно-рекреаційну спрямованість» [414, с. 20].

Слід зазначити, що «реабілітація» – поняття більш «містке», ніж «лікування» у традиційному розумінні. Воно містить на різних етапах елементи як «профілактики», так і «лікування», з метою повернути не тільки здоров'я, а й життєві цінності індивідуума, його становище в суспільстві в максимально можливій мірі [202]. У той же час, це поняття розглядається М. Кабановим [203] як «третинна профілактика», при цьому під первинною профілактикою розуміється попередження захворювань, а під вторинною – лікування хвороби.

Ми повністю погоджуємося із В. Беловим і В. Галкіним, які наголошують на комплексному аспекті реабілітації, підкреслюючи, що вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на «відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу

на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів» [27, с. 12–14].

Зупинимося на аналізі сутності реабілітації військовослужбовців. Так, у розумінні Я. Радиш і О. Соколової [387, с. 104], – це «система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективне і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності».

Представимо власне бачення терміну «реабілітація військовослужбовців», що являє собою *цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психоемоційного стану і працездатності військовослужбовців-учасників бойових дій*. Ця мета досягається шляхом виявлення резервних прихованих можливостей організму і стимуляції фізичних, психологічних і професійних здібностей.

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

Складна економічна та політична ситуація в Україні вкрай негативно впливає на суспільні відносини, законодавство, що регламентує соціальний захист населення і, зокрема військовослужбовців, учасників бойових дій. Дослідники [11; 18; 23; 146; 190; 221; 388; 457] переконані, що проблеми соціально-правового регулювання і захисту залишається актуальною у всі часи.

Основними правовими актами, що регулюють права і свободи людини і громадянина, зокрема і учасників АТО, у правовій державі є закони. Саме вони, як вища форма прояву державної волі народу, є правовою основою для всіх інших правових актів. «Закон – це нормативно-правовий акт, ухвалений

в особливому порядку вищим представницьким органом держави, який регулює найважливіші суспільні відносини, виражає волю (інтереси) більшості населення та володіє вищою юридичною силою» [419, с. 372].

Відомо, що виконання завдань у зоні бойових дій, які покладаються на військовослужбовців, пов'язане з ризиком для їх життя і здоров'я. Проте правовий статус таких осіб та гарантії їх соціального захисту на законодавчому рівні визначено не достатньо, попри наявність в Україні нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.); Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»» (2016 р.); Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.); Постанова Кабміну № 416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (2014 р.); Накази Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015 р.); «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» (2016 р.); Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» (2012 р.).

Приємно відзначити, що в Україні робляться перші кроки щодо вдосконалення системи соціального захисту учасників АТО. Згідно даних, представлених на офіційному сайті Міжнародного громадсько-політичного тижневика «Дзеркало тижня» [261] на квітень 2017 р. Центральна військово-

лікарська комісія вже видала понад 10 тисяч постанов, що пов'язують поранення, контузію, каліцтво чи захворювання з участю в АТО. А в Рекомендаціях за результатами парламентських слухань, що відбулися в жовтні 2016 року, було зазначено: близько 4000 учасників АТО мають статус інваліда війни.

Юрист-аналітик В. Лавренюк наголошує, що за роки війни так і не було ухвалено конкретних змін на законодавчому рівні, які б унормували порядок надання військовослужбовцям реабілітаційних послуг. На основі аналізу норм чинного законодавства, зокрема Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10. 2005 р., можемо зробити висновок, що система реабілітації спрямована лише на тих, хто вже отримав інвалідність. Хоча, варто наголосити на тому, що реабілітація потрібна, насамперед, для того, щоб уникнути інвалідизації й запобігти погіршенню стану здоров'я.

Встановлено, що чинним законодавством не передбачено жодних спеціальних норм щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Так, 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 цієї категорії клієнтів. Однак, відзначимо, що протоколи регулюють лише питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях й розладах, які можуть спіткати військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, законодавством не встановлено [261].

Розглянемо конкретний спектр конкретного нормативного забезпечення реабілітаційної діяльності, яка декларується в українському законодавстві. Отже, *Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»* [183] визначає правовий статус ветеранів війни, забезпечує створення належних умов для їх життєзабезпечення, сприяє

формуванню в суспільстві шанобливого ставлення до них. До основних завдань закону віднесено створення належних умов для підтримання здоров'я та активного довголіття; виконання цільових програм соціального і правового захисту ветеранів війни; організація соціального та інших видів обслуговування, зміцнення матеріально-технічної бази створених для цієї мети закладів і служб та підготовки відповідних спеціалістів; надання пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі трудової діяльності відповідно до професійної підготовки і з урахуванням стану здоров'я.

Зокрема, у статті 6 [183] цього закону учасниками бойових дій визнаються військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовці військових прокуратур, особи рядового та начальницького складу підрозділів оперативного забезпечення зон проведення антитерористичної операції центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну податкову політику, державну політику у сфері державної митної справи, поліцейські, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Державної пенітенціарної служби України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції у період її проведення.

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 [183].

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 [183].

Відповідно Постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416 [366] затверджено «Положення щодо Державної служби України по справам ветеранів війни та учасників антитерористичної операції», у якому визначено, що вказана структура 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. Працівники цієї установи повинні зосередити свої зусилля на реалізації соціального захисту ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. Особлива увага має бути приділена практичним аспектам забезпечення психологічної реабілітації, налагодженню санаторно-курортного лікування, технічними та іншими засобами реабілітації, наданню освітніх послуг, а також організації поховання [366].

У Законі України *«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»* [182] визначено основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців та членів їх сімей. Він встановлює єдину систему соціального та правового захисту цієї категорії населення, гарантує військовослужбовцям та членам їх родин сприятливі умови в економічній, соціальній, політичній сферах для максимальної реалізації їх конституційного обов'язку щодо захисту Вітчизни та регулює відносини у цій галузі.

У зв'язку з особливим характером військової служби, яка пов'язана із захистом Вітчизни, військовослужбовцям надаються визначені законом пільги, гарантії та компенсації. Так, у п. 5 ст. 8 зазначено, що Держава забезпечує соціальну та професійну адаптацію військовослужбовців, які звільняються у зв'язку із проведенням організаційних заходів, скороченням штатів, або 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. Відзначимо, що у цьому законі наголошено на тому, що соціальну та професійну адаптацію мають змогу, у разі необхідності, пройти й члени сімей військовослужбовців за їх зверненням.

Згідно зі статтею 11 *«Право військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу»* у ЗУ *«Про соціальний і правовий захист*

військовослужбовців та членів їх сімей» 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 [182]. У зазначеній статті наголошено на тому, 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 медико-психологічну та психологічну реабілітацію у відповідних центрах. При цьому, варто відмітити брак бюджетного фінансування для обов'язкового проходження психологічної діагностики та реабілітації учасниками АТО.

У процесі вивчення означеного питання встановлено, що першим підзаконним актом, який покликаний розв'язати проблему реабілітації, є *Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції»* [465]. У цьому документі визначено завдання Кабміну розглянути питання щодо збільшення штатної кількості психологів у закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників бойових дій, і, в разі потреби, забезпечити збільшення відповідного фінансування таких закладів. Окрім цього, було поставлено завдання забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу військовослужбовців в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація.

Згідно з цим указом Кабмін повинен був опрацювати питання щодо створення регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування, служб соціально-психологічного відновлення учасників бойових дій, а також

спеціалізованої психіатричної, психологічної, психотерапевтичної допомоги, шляхом залучення до роботи у відповідних центрах кваліфікованих фахівців.

Аналізуючи цей указ, знаходимо, що президентом поставлено завдання розробити Державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО, яка передбачає співпрацю з міжнародними організаціями для реалізації нових проектів, спрямованих на соціальну адаптацію цієї категорії населення. Проте станом на 01.01.2017 р. концепції програми, яку розробили представники Мінсоцполітики, так і не було затверджено, отже, як зазначає В. Лавренюк [261], на сьогодні проект такої програми відсутній.

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, що безпосередньо 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 [465].

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 [465]. 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, які пов'язані з їхнім лікуванням, реабілітацією та соціальною адаптацією. Для цього необхідно створити центри допомоги учасникам антитерористичної операції у якості допоміжних органів та залучити до діяльності таких центрів представників громадськості.

У відповідь на завдання, поставлені президентом, Кабмін видав Розпорядження «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» [393], яким передбачено здійснення таких заходів:

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

– 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;

– сприяння волонтерській діяльності щодо проведення заходів з реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців;

– надання психологічної реабілітації військовослужбовцю не пізніше ніж за тиждень до його звільнення з військової служби тощо [393].

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

У зазначеному Положенні наголошено на тому, що психологічна реабілітація військовослужбовців розглядається обов'язковою складовою усіх заходів по відновленню 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 переліком 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 психічних розладів військовослужбовцям, у яких за результатами діагностики встановлено наявність фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації, відповідно до чинного законодавства, надаються щорічні основні відпустки, а також відпустки за сімейними обставинами та з інших поважних причин тривалістю не більш як 10 календарних днів.

У п. 16. Представлено перелік та охарактеризовано зміст основних заходів психологічної корекції, що визначаються з урахуванням віку, психологічних особливостей особистості військовослужбовців (індивідуальних ресурсних можливостей), особистих психологічних труднощів, соціального оточення, мотивації та активності військовослужбовців. Так, під час організації й проведення психокорекційних заходів передбачається як індивідуальна, так і групова робота фахівців.

Нами було з’ясовано, що згідно з п. 17, основним рекомендованим методом для здійснення психологічної корекції є психологічний дебрифінг (організоване обговорення екстремальної ситуації, спільно пережитої військовослужбовцями-учасниками бойових дій) у складі підрозділу (відділення).

Згідно *Наказу Міністерства юстиції України № 2035/22347 «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі*

безпеки України» [311], 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.

Зокрема, було з'ясовано, що 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»* [309]. Заходи медико-психологічної реабілітації, головним чином, спрямовані на осіб, які брали участь у бойових діях. Направлення на реабілітацію надається після стаціонарного лікування в лікувально-профілактичних закладах через поранення, травму, захворювання та в разі наявності медичних показань, визначених Наказом № 703. Відбір військовослужбовців, працівників ЗСУ та членів їхніх сімей, які потребують санаторно-курортного лікування, здійснюється санаторно-курортною відбірковою комісією (СКВК) військових частин за місцем служби (роботи, перебування на обліку), відповідно до діагнозів, які визначено Наказом № 703, на підставі результатів щорічного медичного обстеження (для військовослужбовців) та довідки на одержання путівки на санаторно-курортне лікування за формою №070/О.

Згідно *Наказу Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України»* [307], 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 військовослужбовців в центрах (санаторіях); порядок відбору та направлення осіб на санаторно-курортне лікування. Військовослужбовці-учасники бойових дій, адаптаційні резерви яких визнані достатніми для продовження професійної діяльності, проходять психологічну реабілітацію безпосередньо у військових частинах (підрозділах).

У п. 3 Інструкції зазначається, що до центрів (санаторіїв) для проходження медико-психологічної реабілітації направляються військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, брали безпосередню участь в антитерористичній операції, у виконанні заходів надзвичайного стану на основі висновку ГВЛК ЛПЗ. 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 ПТСТ.

У процесі дослідження встановлено, що *Указом президента України № 240/2016 від 6.06.2016 р. було введено в дію рішення РНБОУ «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» [466] (далі – СОБ) від 20.05.2016 р., у якому було вказано на необхідність створення системної медичної реабілітації, яка б забезпечувала відновлення фізичних, соціальних і психологічних функцій з метою повернення до виконання обов'язків військової служби. Тобто, у найбільш загальному контексті, СОБ слугуватиме дорожньою картою оборонної реформи з визначенням практичних шляхів її впровадження на засадах і принципах, якими керуються держави – члени НАТО до 2020 року. Згідно з планом дій має бути здійснено нормативно-правове врегулювання та створення системи медичного забезпечення військ (сил) з урахуванням євроатлантичного досвіду, у тому*

числі запровадження надання ефективної та кваліфікованої медичної допомоги, медичної реабілітації та оздоровлення військовослужбовців, удосконалення процедур замовлення і постачання медичного майна та медичної техніки.

Однією з оперативних цілей визначено побудову системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки, а 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 системи 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 [466].

Відповідно, як зазначає В. Лавренюк [261], 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, на державному рівні мають бути затверджені Воєнно-медична доктрина України, політика медичного забезпечення Сил оборони відповідно до принципів та політики медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3) з урахуванням національних особливостей; необхідно розробити методику проведення медичної реабілітації для відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій тощо. Зокрема, В. Лавренюк переконана, у тому, що незалежно від успіхів чи невдач комітету реформ Мінборони і ЗСУ в цьому напрямку, без комплексного підходу до питання реабілітації військовослужбовці та ветерани АТО й надалі будуть позбавлені належної медико-психологічної допомоги. Тобто, можемо наголосити на тому, що лише побудова сучасної системи реабілітації, її затвердження в законі, підкріпленому порядками та бюджетними програмами, здатні забезпечити ефективне й стає рішення для тих, хто повертається з війни додому.

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

Наголосимо й на тому, що в Україні створені та діють відповідні державні органи (Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України до 10.09.2014, далі – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції; з 1.01.2019р. – Міністерство у справах

ветеранів), громадські організації (наприклад, Всеукраїнська організація інвалідів війни, Збройних сил та учасників бойових дій; Громадська спілка «Вища координаційна рада у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»), об'єднання волонтерів (наприклад, Громадська спілка «Всеукраїнське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»)). Однак методичні засади роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій не розроблені й досі.

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

Таблиця 1.2

Наукові підходи до реабілітації військовослужбовців

Підходи	Автори	Суть
Акмеологічний	Н. Алаликіна	Реабілітація пов'язана з необхідністю адаптації військовослужбовців до нового соціального середовища
Військово-психологічний	В. Березовець, А. Караяні, В. Мисюра, В. Попов	Орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах;
Загально-психологічний	Л. Божович, Л. Китаєв-Смик, Н. Тарабріна	Розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього середовища
Медичний	Ю. Александровський, В. Долінін, Б. Карвасарський	Спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності людини
Компенсаційний	Н. Алаликіна	Передбачає надання допомоги військовослужбовцям у виділенні компенсацій, надання різного роду пілг

Продовження табл. 1.2

Комплексний	Н. Алаликіна, О. Дідик, Л. Литвиненко	Передбачає перетворення військовослужбовців на суб'єкт соціальної реабілітації, який приймає участь у власній ресоціалізації
Між- дисциплінарний	А. Пушкарьов, Є. Холостова	Передбачає співпрацю, колективну роботу команди фахівців різних галузей
Мульти- дисциплінарний	І. Зверєва	Дає змогу цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем військовослужбовців; ґрунтується на командній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів
Системний	А. Голяченко	Система медичної реабілітації військовослужбовців є емпірична, штучна (створена людиною), відкрита, постійна, динамічна соціальна система [139]; є підсистемою системи медичної допомоги
Соціально- психологічний	Дж. Келлі, В. Мясіщев, К. Роджерс	Представляє реабілітацію як відновлення системи взаємин військовослужбовця, який проходить реабілітацію, і соціального середовища.

Аналіз літературних джерел [111; 132; 174; 299; 331; 335; 456; 458] дає підставу встановити, що серед підходів реабілітаційної діяльності найефективнішими є комплексний, акмеологічний, міжкультурний підходи. Розглянемо їх детальніше. Так, *комплексний підхід* до соціальної реабілітації не виключає необхідності використання механізмів соціальної захисту в процесі здійснення соціальної реабілітації, але в той же час, передбачає перетворення військовослужбовців з категорії «соціальних утриманців» – об'єкта, який отримує пільги, компенсації, привілеї, – на суб'єкт соціальної реабілітації, який приймає участь у власній ресоціалізації. Підвищення їх

соціальної активності розглядається науковцями [4; 159] як показник ефективності реабілітації.

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

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

Інвестування заходів, що забезпечують і стимулюють соціальну активність військовослужбовців, 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 військовослужбовців. Перспективність такого напрямку інвестування очевидна, оскільки, по-перше, зі стратегічних міркувань воно дає поштовх і забезпечує розвиток реабілітаційної політики на місцях, при цьому органи соціальної реабілітації не будуть так залежати від зовнішніх інвесторів (спонсорів). По-друге, «інвестування активності людського фактора виправдано і з тактичних міркувань, оскільки в умовах дефіциту бюджету більш ефективним представляється вкладення ресурсів у людину

для поліпшення здоров'я, забезпечення повноцінної релаксації, підвищення професіоналізму і підтримки творчих ініціатив, відродження господарської діяльності тощо» [4, с. 74].

По-іншому представляє комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко [273]. 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 ТОМАТИС (нейросенсорна стимуляція).

До медичної складової входять: фізіотерапія (бальнеотерапія, рефлексотерапія, масаж, кисневий коктейль, магнітолазер, електропроцедури, пресотерапія, ударно-хвильова терапія, озокерит) та фармакотерапія (лікування психоневрологічних порушень – седативні препарати, антидепресанти, снодійні тощо), лікування супутньої соматичної патології (судинні, вітамінні, гастроентерологічні, нейротрофічні тощо). Психофармакологічна терапія, головним чином, спрямована на зниження рівня ажитації, імпульсивності, агресивності, депресії та на нормалізацію сну. Задля реалізації такої багатокомпонентної моделі лікувально-реабілітаційних заходів, як доводять фахівці [273] необхідні злагоджені зусилля команди фахівців різного профілю.

У нашому розумінні, комплексний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій означає системне бачення нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються з комбатантом; підборі системи методів (психокоректувальних і психотерапевтичних), за допомогою яких стає можливим послідовне й ефективне опрацювання деструктивних емоційних станів, що виникли внаслідок впливу травмувальних чинників – стресу, ПТСР. Окрім цього, комплексний підхід передбачає послідовну реалізацію змістових етапів реабілітації: відновлення

відчуття безпеки; зміцнення природніх психологічних ресурсів; відреагування негативних переживань, викликаних психотравмувальними чинниками; адаптація до умов мирного середовища; підтримка зі сторони близьких і друзів для зміцнення позитивних зрушень у психоемоційному стані комбатанта.

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

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

Враховуючи різноманітність підходів реабілітації, її умовно можна розподілити на так звані види – медичний/фізичний, психологічний, педагогічний, соціальний. 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 реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. В якості основних принципів психологічної реабілітації А. Денисов розглядає її максимальну наближеність до військової

ланки, невідкладність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, відразу після виявлення психічних розладів, єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування). У цьому ж відношенні дослідник зазначає її поетапність, ступінчастість, послідовність і наступність. Різноманітні впливи (зусилля, заходи), в тому числі і психосоціальні, що здійснюються в певних дозах, з поступовим (ступінчастим) переходом від одного до іншого, від однієї форми організації допомоги до іншої. Різноплановість реабілітаційних заходів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності військовослужбовця, визначає їх як складний процес, що об'єднує зусилля командирів, медичних працівників, психологів і самого військовослужбовця [156].

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

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

2) єдність фізіологічних і психосоціальних методів впливу (поєднання реабілітації з лікуванням);

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

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

5) партнерство, співпраця. Реабілітаційний вплив має відбуватися таким чином, щоб залучити військовослужбовця, який отримав психічну

травму, до відновлювального процесу. Стрижнем усіх реабілітаційних методів має стати апеляція до особистості військовослужбовця;

6) індивідуалізація відновлювальних заходів. Відновлення психічної рівноваги військовослужбовця має здійснюватися з урахуванням особливостей особистості, механізмів і динаміки його стану;

7) відповідність усіх реабілітаційних заходів тим адаптаційним можливостям, якими володіє конкретний клієнт;

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

9) систематичний контроль і при потребі своєчасне внесення корекції у реабілітаційну програму [4, с. 96–97].

Відзначимо, що багатьма авторами [217; 254] використовується термін «медико-психологічна реабілітація», зосереджена на проведенні заходів медико-психологічної реабілітації постраждалих в екстремальних ситуаціях і в тому числі учасників збройних конфліктів. Щодо принципів медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій 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 військовослужбовців з ознаками реакції бойового стресу склали акронім (мнемоправило) BICEPS (Brevity – нетривалість, Immediacy – негайність, Centrality – централізованість, Expectancy – очікуваність, Proximity – наближеність, Simplicity – простота). Розглянемо їх детальніше. Наближеність – цей принцип має на увазі максимальну близькість місця надання допомоги до театру військових дій. Це знімає транспортну проблему, а найголовніше – дає можливість для військового отримувати дружню підтримку від своїх товаришів по службі, що значно підвищує

загальну ефективність реабілітаційних заходів, проте місце лікування має бути відносно безпечним.

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

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

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

2) обґрунтованість – підбір надійних, доступних і оптимальних методів реабілітації, перевірених багаторічною практикою з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної та психічної сфер поранених і призначеної лікарем терапії;

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

4) безперервність і оптимальна тривалість – початок з моменту надходження до госпіталю та продовження до нормалізації функціонального стану й відновлення професійно важливих якостей [194].

Зазначимо, що соціально-психологічна реабілітація пов'язана з соціально-педагогічною, специфіка якої повинна будуватися на низці методологічних і організаційно-методичних принципів. Серед провідних методологічних принципів становлення і розвитку системи соціально-педагогічної реабілітації інвалідів військової служби науковці [298; 314; 326] зазначають такі:

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

Повністю підтримуємо В. Могільова [298], який визначив специфіку організаційно-методичних засад діяльності системи соціально-педагогічної реабілітації, а саме:

- максимально ранній початок реабілітаційних заходів означає, що весь комплекс реабілітації: 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 завершені 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 [298, с. 34–35].

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

У контексті нашого дослідження цікавим є виокремлення психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, яка є складовою частиною соціальної реабілітації. На основі опрацювання публікацій фахівців [4; 341; 344] в акмеологічній реабілітації нами було виокремлено десять основних принципів, а саме:

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

природних ситуацій, діючи в яких він підніметься на новий рівень розкриття своїх можливостей;

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

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

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

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

6) принцип потенційного й актуального, імпліцитного й експліцитного передбачає розуміння особистості як проєктивної та перспективної. Оскільки «імпліцитність» означає незавантаженість, коли особистість не повністю використовує свої інтелектуальні ресурси, слідуючи в основному репродуктивним шляхом, завдання акмеології – відкрити шлях до

повноцінного використання військовослужбовцем своїх психічних ресурсів, створити стійку мотивацію повноцінної самореалізації;

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

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

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

10) принцип зворотного зв'язку виступає найкращим показником ефективності практичних дій. Об'єктивуючись у житті, професії, спілкуванні, військовослужбовець отримує не тільки результати праці, оцінки людей, посадовий статус, а він має змогу сприймати себе в новій якості, втілений у діяльності.

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

– послідовності (визначення показів до реабілітації, встановлення дійсного стану пацієнта при розпитуванні і клінічному огляді, а також при психологічному й соціальному обстеженні, визначення цілей і завдань

реабілітації, складання плану реабілітації, перевірки ефективності реабілітації та її корекції, досягнення запланованих цілей);

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

- неперервності (відновлювальне лікування здійснюється, починаючи з моменту виникнення травми й до повного повернення людини у суспільство з використанням всіх організаційних форм реабілітації [113, с. 144–145].

Методологічними принципами медико-психологічної реабілітації комбатантів науковці [254; 445] визначають динамічність, послідовність, відповідальність, індивідуальний і комплексний підходи до аналізу вираженості психічних порушень, стану психічного здоров'я військових фахівців у цілому і можливості розробки та проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації.

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

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

- багаторівневого характеру саногенних заходів;

- послідовності й етапності проведення заходів;

- оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;

- принцип погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу [273, с. 40–41].

Основними організаційними й методологічними принципами реабілітації є: принцип цілісності, наступності, багаторівневого підходу й динамічності. Так, на думку А. Маклакова [283; 285], принцип цілісності полягає в тому, що організаційно проблема збереження професійного здоров'я не може розглядатися поза проблемою підвищення ефективності

професійної діяльності військовослужбовців, так як стан їхнього здоров'я є однією з складових бойової готовності частин і підрозділів. Тому заходи з надання медико-психологічної допомоги повинні розглядатися як базовий елемент структури єдиної системи психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців.

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

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

Наголосимо на тому, що психологічне вивчення військовослужбовців не повинно обмежуватися лише первинним обстеженням. Під час проходження служби доцільно не тільки здійснювати динамічне спостереження, а й, при необхідності, проводити поглиблене дослідження з використанням методів психологічної діагностики. Регулярність проведення такого психологічного вивчення виступає найважливішою умовою ефективності процедур медико-психологічного супроводу професійної діяльності військовослужбовців. Саме у цьому й полягає ще один принцип

організації психологічної діяльності щодо збереження професійного здоров'я військовослужбовців, а саме – принцип динамічності в організації досліджень [282, с. 329–331].

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

1.3 Теоретико-методологічні основи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій за кордоном

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 [414] переконані, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним.

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

що передавалася у спадок. «Костоправські» прийоми передбачали ударну техніку з попередньою діагностикою стану остистих відростків [111; 113].

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

У практиці реабілітації активно застосовують масаж. Критично оцінюючи сучасний стан досягнень у галузі розвитку теорії і методики лікувального масажу, А. Бурлак [113] констатує, що сьогодні масаж науково обґрунтований, здійснюється відповідно до результатів огляду пацієнта, і має важливе значення для реабілітації. Масаж – це «сукупність прийомів, за допомогою яких чинять дозований механічний і рефлекторний вплив на тканини й органи людини» [113, 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.

У процесі проведення психодіагностики солдатів під час Другої світової війни Р. Грінкер (R. Grinker) і Д. Шпігель (I. Spiegel) [519] розробили систему комплексного психотерапевтичного впливу, головними складовими якої визнані: наркосинтетичний метод (використання снодійних з метою полегшення процесу досягнення катарсису); психотерапія з обмеженим числом сесій (brief psychotherapy); судомна шокова психотерапія; трудотерапія; терапія тривалим сном; групова психотерапія та налагодження атмосфери 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-еґо (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 [156]. 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; негайності її надання та підтримки надії (створення впевненості у постраждалих у тому, що вони після лікування повернуться до строю). Концепція була повністю реалізована в період Корейської і В'єтнамської воєн, а також у всіх наступних військових конфліктах [274].

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 [156]. У тому ж році була розроблена Міжнародна система організації реабілітації, в 1960 році – створено Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів, яке увійшло до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та активно співпрацює з ООН та ЮНЕСКО [4].

Доцільно 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 [156].

У 1967 році зарубіжні дослідники в галузі реабілітації (В. Ноке, 1983; Е. Grownep, Т. Cahalan, D. Meglan, 1993) запропонували концепцію ізометрії, що слугувала основою створення інформаційно-тренажерних систем [113].

У травматологічній клініці перша система з'явилася в 1968 році у вигляді пасивного ізокінетичного тренажера для тестування ушкоджених функцій і подальшої реабілітації. У 80-і роки ізокінетичні прилади стали широко використовувати в США в реабілітації травматологічних хворих [113]. А. Бурлак відзначає, що ізометричне напруження скелетної мускулатури має доволі вагоме значення у відновлювальному лікуванні хворих з травмами елементів рухової системи.

Аналіз зарубіжного досвіду проведення реабілітаційних заходів дав змогу А. Денисову зробити висновок, що досвід соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у США є на сьогоднішній день найбільш прогресивним. Створення соціально-реабілітаційних служб у зоні конфлікту дасть можливість суттєво зменшити чисельність ветеранів бойових дій, які страждають розладами психіки, що є одним із шляхів вирішення проблем соціальної реабілітації [156; 512].

В американській армії під час другої світової війни госпіталі для видужуючих входили до складу лікувальних установ армії. Так, у відділеннях для одужуючих поранені та хворі проходили комплексну терапію у поєднанні з фізичним тренуванням. Причому «усі поранені й хворі перебували на казарменому положенні» [334, 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 [504]. 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 [217].

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:

- ефективне і стає керівництво військами;
- високий рівень бойової підготовки;
- фізичне загартування особового складу;
- хороший стан здоров'я;
- уміння солдатів і офіцерів розслаблятися в складних умовах бою, проводити самонавіювання [131, 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 [156]. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах [322]. Виведені війська потребують соціальної та психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід організувати теплий прийом, суть якого базується на таких трьох складових, як ентузіазм, прощення, турбота [150].

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 настроях та переживаннях, зібратися з думками, проаналізувати події, які відбулися у ході бою і після нього. Якщо цього не зробити, і не спостерігати за військовослужбовцями, то у них почнуться психічні зрушення, зміниться особистість [156]. У США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, знаходяться на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках [150].

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 [536].

У процесі дослідження було встановлено, що для вивчення потреби в реабілітації в 1976 році комісією Сенату Конгресу США було проведено соціологічне дослідження ветеранів В'єтнамської війни (1376 осіб), які проживають в одному з районів Нью-Йорка, метою якого було створення моделі регіональної служби реабілітації у великому місті. Як показало проведене дослідження, реабілітацію можна здійснювати як у відділеннях

реабілітації, організованих у великих лікарнях загального профілю так і в спеціально створених Центрах соціальної реабілітації [210, с. 128].

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що активно займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де, в найбільшій мірі, досліджена проблема ПТСР, а також проводиться лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур [284]. Фармакотерапію поєднували з рефреймінгом – символічною переробкою негативного досвіду, що підтримують катартичними методами, груповою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, роз'ясненням соціально-психологічних наслідків ПТСР. У Центрі за 5 років після війни в Затоці, пройшли успішну реабілітацію 632 пацієнта. Причому до таких спеціалізованих центрів потрапляють лише особи з вираженою симптоматикою. Згідно статистики з 4500 військовослужбовців армії США, у 30 % військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, у 15 % військовослужбовців, які виконували допоміжні функції, були встановлені ознаки стресових реакцій. Це виражалось у підвищеній ворожості, високих показниках тривожності, депресії, психотизму, соматизації, obsесивно-компульсивній поведінці [217].

Погоджуючись із дослідниками зарубіжного досвіду лікування та реабілітації військовослужбовців [344; 546], 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 [521].

Дослідники [510; 522] наголошують, що використання принципів BICEPS 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) [538].

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 [156].

Встановлено, що система реабілітації Латвії організована на базі Національного реабілітаційного центра «Вайварі», Спілки латвійських лікарів, Медичної академії й Спілки латвійських реабілітологів. У 2000 році у Латвійській медичній академії був створений факультет реабілітації, що складався з таких структурних одиниць: кафедри реабілітації (навчання студентів медичного факультету основам реабілітології); академічної школи фізіотерапії (чотирьохрічне навчання студентів-фізіотерапевтів); академічної школи ерготерапії (чотирьохрічне навчання студентів-ерготерапевтів); резидентури з реабілітації (трьохрічне післядипломне навчання для лікарів) і курсів підвищення кваліфікації з різних спеціальностей реабілітації [156].

У школах реабілітації викладають лікарі, які пройшли навчання у шведських і датських фахівців і отримали сертифікати фізіотерапевта й

ерготерапевта. Створена програма навчання з цих спеціальностей, що відповідає вимогам розвинутих європейських країн. Окрім цього в країні діє Спілка реабілітологів, яка об'єднує лікарів-реабілітологів, психологів, соціальних працівників, педагогів та інших фахівців. Мета роботи цієї спілки полягає у підвищенні їхньої кваліфікації, сертифікації і співпраці з фахівцями інших країн [156].

Доволі цікавим є досвід Чехословаччини, де створено кілька Центрів реабілітації, введено поняття «станція відновлювального лікування» при медичному закладі, куди належать служби для проведення фізіотерапевтичних методів лікування, а також лікувальної фізкультури і трудової терапії. При цьому питання реабілітації перебувають у підпорядкуванні двох відомств: лікувальна реабілітація належить до компетенції Міністерства охорони здоров'я, а соціально-професійна – до компетенції Державного управління соціального забезпечення [156].

У Великобританії, як доводить А. Денисов [156] 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.

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, на думку А. Денисова [156], є створення такої моральної атмосфери, коли при повному дотриманні всіх

медичних норм і правил, при інтенсивному лікуванні, обстановка в Центрі відрізняється від лікарняної.

З'ясовано, що в Ірландії в районах з великою щільністю населення створені денні амбулаторні центри реабілітації, вони є по суті денними лікарнями. Це вигідно з економічної точки зору, оскільки організаційно лікарні, будинки з догляду та інші установи реабілітації об'єднують у великі комплекси. Негативним моментом при такій організації реабілітації є складність забезпечення індивідуальних потреб хворого, що потребує відновлювального лікування [156].

У процесі вивчення напрацювань науковців [156; 501], було 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.

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, які займаються питаннями соціальної реабілітації, наприклад, відділ професійної реабілітації, завданням якого є формування професійних умінь і навичок у реабілітантів 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 домашнє господарство тощо [501].

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) [156].

Цікавий для нашого дослідження є досвід російської армії, пов'язаний з реабілітацію військових, представлений В. Мисюрою [297]. Так, в російській армії при фортечних й польових госпіталях були засновані слабосильні команди чисельністю від 50 до 200 чоловік, до яких направляли військовослужбовці, які одужували, але потребували зміцнення сил, а також контужені та легкопоранені. Зокрема під час першої світової війни в російській армії для хворих й поранених офіцерів і нижніх чинів, які не знаходилися на госпітальному лікуванні, але потребували зміцнення сил і відпочинку, була передбачена організація команд видужуючих при евакопунктах та військових частинах. У Червоній Армії на час ведення військових дій відбувалося формування батальйонів видужуючих, які входили до складу запасних полків, або потрапляли до окремих батальйонів видужуючих у складі запасних бригад та дивізій (чисельністю від 500 до 1500 осіб).

Дещо пізніше, а саме в 1942 року в Червоній Армії розпочалася організація команд видужуючих військовослужбовців при медико-санітарних батальйонах для легкопоранених. Термін лікування був нетривалим (від 5 до 12 днів). Також створювалися армійські й фронтові госпіталі для лікування легкопоранених. «Це були перші спеціалізовані лікувальні установи для категорій легкопоранених і легкохворих з термінами відновлення боєздатності від 10 до 60 діб»[162, с. 29–30].

Відновлювальне лікування в госпіталях для легкопоранених (ГЛП) проводилося на основі використання комплексних методів у поєднанні із впливом терапевтичного середовища, яке максимально наближене до повсякденних умов життєдіяльності військових колективів. Як свідчить статистика у роки Великої Вітчизняної війни в евакогоспіталі №2943 у відділенні для видужуючих був встановлений режим, який був передбачений Статутом Червоної Армії для військових частин. Увесь змінний склад перебував на казарменому положенні та був одягнений у відповідну військову форму. У відділенні проводилися стройові й військово-тактичні заняття, фізична підготовка та забезпечувалася належна військова дисципліна. На заняттях використовували особисту й бойову зброю, карти, макети для топографічних занять, плакати тощо [420].

Як свідчить практика, в інтересах налагодження позитивного клімату під час здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців активно використовували масово-відновлювальні методи лікування, такі як лікувальна фізкультура, працетерапія, бібліо- музикотерапія (культтерапія), стройові заняття. Поєднували режим з трудовими процесами й відпочинком, вагома роль відводилася значенню товариського прикладу, командири підрозділу видужуючих попереджали розвиток неврозів [462]. Працетерапія, на думку В. Мошкова [302], позитивно впливала на соціалізацію поранених і хворих в умовах соціально-трудоного середовища госпіталю. Участь у виконанні різного роду творчих робіт піднімала тонус і настрій поранених воїнів. 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 до уваги брали професійні навички військовослужбовців.

У контексті нашого дослідження корисним є досвід колективу 6-го Центрального військового клінічного госпіталю (ЦВКГ) – найбільшого в

Росії і в світі багатoproфільного 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 [194].

Хотілося б зупинитися на розгляді системи психокоректувальної роботи з ветеранами-афганцями Р. Абдурахманова, представленій 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 [1; 442].

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 [194].

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

У Беларусі після прийняття Законів «Про соціальний захист інвалідів у Республіці Беларусь» (1991 рік) і «Про запобігання інвалідності й реабілітації інвалідів у Республіці Беларусь» (1994 рік) розвиток реабілітації отримав новий поштовх. У цих нормативних актах реабілітація представлена як гарантоване законом право інвалідів і хворих на медичну допомогу. Відповідно до цього реабілітація стала одним із пріоритетних напрямів у системі здоров'язбереження. Для розвитку служби реабілітації в номенклатурі лікарських спеціальностей була введена нова спеціальність – «реабілітолог» і розроблені кваліфіковані вимоги до лікарів цієї спеціальності [156, с. 42]. Окрім цього, 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 [502]. Реабілітація як державна система у Білорусі отримала достатню підтримку, вона допомагає вирішувати економічні проблеми за рахунок розширення зайнятості потребуючого контингенту, його економічної самостійності, зменшення податкового тиску за рахунок скорочення людей, які потребують соціальної допомоги, опіки, постійного догляду [156, с. 44].

Хотілося б зупинитися на досвіді Узбекистану, де для вирішення проблем соціальної реабілітації інвалідів та учасників Афганської війни з 1991 року була створена правова й нормативна база. Йдеться про Закони Республіки Узбекистан «Про соціальну захищеність інвалідів у Республіці Узбекистан» і «Про охорону здоров'я громадян», постанову Кабінету Міністрів Республіки «Про державну програму Республіки Узбекистан щодо

реабілітації на 1996–2000 роки», окремі Укази Президента Республіки І. Каримова. Названа нормативно-законодавча база передбачає постановку конкретних цілей і завдань перед міністерствами, відомствами, громадськими організаціями про створення відновлювальних центрів, що займаються діагностикою, реабілітацією і рекомендаціями до трудової діяльності. За результатами медико-соціальної експертизи в залежності від виду та перебігу хвороби і її прогнозу лікарсько-трудова 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 медичний та професійний види» [156, с. 47–48]. 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.

Окремо хотілося б розглянути проблему фізичних травм військовослужбовців, які вони отримали у ході участі у військових конфліктах. Отримання поранення в ході бойових дій є важким психотравмувальним фактором, який доволі специфічно впливає на людину, багато в чому визначаючи особливості соціально-психологічної адаптації після повернення до мирного життя [262]. 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 [7] 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 [280]. Факт ампутації сприймається як особиста трагедія, про це свідчать випадки суїцидальних спроб, які здійснюють військовослужбовці відразу після отримання поранення, коли настає усвідомлення факту втрати кінцівки. Такі ситуації вимагають від особистості серйозного напруження механізмів аллої інтрапсихічної адаптації, внутрішньої роботи переживання горя [29].

Доволі цікавий досвід США, де протягом 8 років (1980–1988 роки) пройшли обстеження 469 військовослужбовців, які втратили кінцівки, з яких лише 11 осіб (2,3 %) повернулися до виконання обов'язків військової служби. Всі інші військовослужбовці вважали за доцільне жити на соціальну допомогу і виплати [529]. Сама по собі участь у бойових діях є фактором, що виходить за межі звичайного людського досвіду, що порушує соціальну адаптацію. Це змушує уряди розвинених країн звертати особливу увагу на реалізацію програм допомоги інвалідам воєн. Така програма успішно функціонує в Ізраїлі, що дало змогу повернути до колишньої роботи 28 % ампутантів. Серед ветеранів другої світової війни США 78 % повернулися до активної роботи або отримали вищу освіту [217].

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 [30].

Одним із ініціаторів психотерапевтичного напрямку в реабілітації льотного складу з захворюваннями і порушеннями психогенної природи є Л. Гримак [149], який розробив метод психічної саморегуляції (ПСР) використовується, по-перше, для підвищення рівня функціональних (психорегулювальних) можливостей здорового льотного складу з метою запобігання розвитку явищ перевтоми, по-друге, для корекції

функціонального стану льотного складу при наявності помірної психоневротичної симптоматики (порушення сну, високий рівень тривожності, емоційне напруження, зниження настрою).

Щодо України, прес-служба Міністерства оборони України повідомляє, що на лікуванні і контролі в закладах охорони здоров'я Міноборони знаходяться 72 військовослужбовця Збройних Сил України та 2 військовослужбовця інших військових формувань. Усього з початку 2018 року реабілітаційне лікування пройшло понад 117 військовослужбовців, які брали участь в АТО; 16 поранених українських військовослужбовців проходять лікування за кордоном, з них 10 – у Німеччині, 4 – у США, по одному – в Польщі і Латвії [116].

Згідно з даними Міністерства закордонних справ (МЗС) [181], станом на кінець 2017 року «в медичних закладах за кордоном на лікуванні 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 психологічну 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.

За різними статистичними даними [305; 333] в результаті конфлікту на сході України загинули 6100 осіб і майже 15,5 тисяч отримали поранення, відповідно, вони потребують реабілітації.

Для медичної реабілітації створено два реабілітаційні відділення у Львівському та Ірпінському військово-медичних клінічних центрах. Бійцям надають допомогу у військових санаторіях «Трускавецький», «Пуща-Водиця», активно діє центр реабілітації на базі Центрального військово-клінічного санаторію «Хмільник» [40].

Цікавим у контексті нашого дослідження є досвід апробації розробленої програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, демобілізованих на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» [273]. 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, яка характерна для бійців на початку програми; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможливлює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення психоемоційного балансу; підготовка до психосоціальної 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 нормального функціонування. У поліклініці Центру військовослужбовців реєстрували і проводили первинний лікарський огляд. Лікарі проводили структуроване діагностичне інтерв'ю (збирали анамнез, звертаючи особливу увагу на соматичні скарги). У стаціонарі за кожним пацієнтом закріплювався лікар, який визначав індивідуальну лікувально-реабілітаційну програму на основі мультидисциплінарного обговорення, відстежував динаміку стану пацієнта, вів історію хвороби.

Психологічний етап, основний (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 самодопомоги 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 [273] 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-соціально-психологічної реабілітації на основі проведення багатоаспектних досліджень.

1.4 Характеристика різних видів реабілітації військовослужбовців, які виконували бойові завдання

Враховуючи багатоплановість завдань реабілітації, її розподіляють на так звані види, або складові. Якщо диференціювати окремі етапи реабілітації, в тому розумінні, як це прийнято на Заході, то слід розрізняти два основних: медичну (лікувальну) реабілітацію та соціально-професійну [156]. У своєму дослідженні ми спробували проаналізувати різні наукові підходи щодо

визначення складових (видів) реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

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

Автори	Складові (види) реабілітації
Н. Алаликіна[4]	Психологічна, професійна, соціальна
В. Білий, М. Бойчак, Л. Голик [448]	Медична, психологічна, професійна, екстрена
А. Бурлак [112]	Медична, фізична, професійна, соціально-економічна
О. Буряк, М. Гіневський, Г. Катеруша [115]	Медична, психологічна, професійна, соціальна
А. Денисов [156]	Соціетальна, медична, військово-професійна, психологічна
А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко [175]	Превентивна, клінічна, функціональна, психологічна
О. Караяні [217]	Медична, професійна, соціальна, психологічна
О. Коржиков [242]	Соціальна, медико-психотерапевтична, психологічна
О. Серповська [414]	Медична, педагогічна, професійна, психологічна, соціально-культурна

Відзначимо, той факт, що багато зарубіжних та вітчизняних фахівців виокремлюють психологічний і медичний види реабілітації. У процесі дослідження нами було встановлено, що реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій передбачає наявність чотирьох основних складових (видів) – психологічної, соціальної, педагогічної та медичної. Окрім цього, ці види можуть цілеспрямовано поєднуватися між собою, утворюючи нові дефініції в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, конкретної ситуації, в яку потрапив військовослужбовець, факторів та умов, що впливають на організацію проведення реабілітаційних заходів з цією категорією клієнтів (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Види реабілітації у складі комплексної реабілітації

Охарактеризуємо кожний вид. У Положенні про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у військових діях, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) [308] 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 та лікування психічних порушень; формування у військовослужбовців свідомої й активної участі в реабілітаційному процесі [448].

Наведемо деякі позиції науковців щодо сутності наукової дефініції «психологічна реабілітація». В узагальненому вигляді психологічна реабілітація є «психічним відновленням колишньої орієнтації після ситуацій, які спричинили в особі почуття тривожності і страху» [4, с. 27; 381]. 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» [178, 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» [30, с. 77]. Нам імпонує позиція А. Денисова, який аргументовано доводить, що психологічна реабілітація в цілому спрямована на «створення нормального психологічного клімату для людей, які перенесли травматичний шок» [156, 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» [273, с. 40].

Поділяємо позицію В. Могильова [298] стосовно того, що психологічна реабілітація є системою спеціальних заходів, за рахунок яких відбувається відновлення різних видів психічної діяльності, психічних функцій, якостей та утворень, що дають змогу особистості успішно адаптуватися в середовищі й 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» [298, с. 12].

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

Цікавою у контексті нашого дослідження є позиція О. Караяні [217], який розуміє психологічну реабілітацію як діяльність, що здійснюють суб'єкти психологічної роботи, спрямовану на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин між військовослужбовцями, що дають змогу успішно вирішувати бойові завдання, а також ефективно функціонувати в мирному соціумі. Тобто об'єктом психологічної реабілітації є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або може бути відстрочена в часі.

Актуальним є підхід А. Денисова [156, с. 127], який через призму системного підходу розглядає категорію психологічної реабілітації як систему медико-психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію усіх тих психічних функцій та станів, які зазнали порушення, а також відновлення особистісного та соціального статусу людей, які отримали психічну травму. Психологічна реабілітація виступає невід'ємною складовою загальної реабілітації. У той же час, автор переконаний, що психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги особи. Її сутність виявляється через здійснення активних впливів на психіку військовослужбовця з урахуванням терапії, гігієни, профілактики та педагогіки. За допомогою психологічної

реабілітації відбувається зниження рівня нервово-психічної напруженості, а також виникає можливість швидко «відновити витрачену енергію і, тим самим, суттєво вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму» [156, 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 участі особи у екстремальних впливах 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» [363, с. 11–12]. Вчений запропонував методiku психологічної реабілітації при тривалій вторинній дезадаптації, що передбачає, по-перше, створення умов для очищення психіки від слідів первинної дезадаптації, по-друге, формування навичок неекстремальної поведінки (точніше актуалізація та вдосконалення старих навичок), по-третє, створення умов для саморозкриття життєвих перспектив особистості (неекстремальне планування життя).

Слід констатувати, що мета психологічної реабілітації покликана відновити психічне здоров'я і соціальну поведінку особистості в суспільстві. Залежно від глибини ПТСР та індивідуальних особливостей військовослужбовців можна визначити завдання психологічної реабілітації:

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

- 6) нормалізація психічного стану;
- 7) відновлення порушених або втрачених особою психічних функцій;
- 8) гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);
- 9) надання допомоги для налагодження конструктивних відносин з референтними особами і групами [217].

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

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

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

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

4) етап усвідомлення неадекватності екстремальної поведінки. На цьому етапі пацієнт спільно з психологом обговорюють найбільш типові форми поведінки пацієнта на прикладі життєвих ситуацій, що сталися після катарсису. У 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 [363, с. 20–21].

У нашому розумінні під час організації психореабілітаційних заходів суттєве значення має фактор часу. Чим раніше після виходу з екстремальних умов починається психологічна реабілітація, тим більший ефект можна очікувати від її проведення.

На думку А. Бурлака [112], 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 психологів [217] у тому, що психологічна реабілітація може бути як складовою соціально-психологічної реадaptaції, що стосується допомоги особам з симптомами психічних дисгармоній, а може виступати і як самостійна діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій, бойових можливостей і особистісних якостей учасників бойових дій, які отримали бойову психологічну травму, в інтересах їх швидкого повернення до бойового строю.

Слід також враховувати, що психологічна реабілітація є важливим статутним елементом психологічної роботи в сучасних умовах діяльності військ. Така робота «забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, дозволяє попередити інвалідність, дає змогу

відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми» [178, с. 137].

Інколи психологічну реабілітацію підмінюють терміном «психічна реабілітація» (від лат. *re* – знову, *habilis* – зручний, пристосований), яка у психологічному словнику трактується як система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних станів, функцій, особистісного та соціально-трудового статусу хворих та інвалідів, а також тих осіб, які перенесли захворювання, чи 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, як доводять фахівці [374], передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби тощо.

Для розуміння сутності психологічної реабілітації необхідно визначити її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. У цьому контексті нам видається евристичною позиція О. Караяні [217], при якій психологічна реабілітація розглядається як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що передбачає медичний, професійний, соціальний та психологічний 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 сутності медико-психологічної реабілітації, яка у Наказі Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» [307] 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. 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» [273, с. 40].

Процедура медико-психологічної реабілітації передбачає наявність декількох етапів: психологічну діагностику і прогнозування, комплексну психологічну корекцію, а також етап тривалого спостереження і контролю. Мета психологічного вивчення – оцінка розвитку психологічних особливостей особистості, які впливають на ефективність результату реабілітації та ймовірність розвитку ПТСР. До таких характеристик А. Маклаков відносить адаптаційний потенціал особистості, що містить інформацію про особливості нервово-психічної регуляції і самооцінки особистості, говорить про здатність комбатанта будувати взаємини з оточуючими, показує ступінь збереження морально-етичної сфери. Важливу роль відіграє і наявність соціальної підтримки з боку оточуючих і наявність мотивів діяльності на перспективу. Особи з чітко вираженим позитивним полюсом даних характеристик досить швидко повертаються до звичайного життя. У той же час у військовослужбовців з протилежними характеристиками процес реабілітації, як правило, носить затяжний характер. «Комплексна медико-психологічна реабілітація передбачає здійснення процедур психологічної, фармакологічної і соціальної корекції, які проводяться з метою нормалізації функціонального стану організму» [282, с. 280–281].

Військові психологи [217] 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 й військових, які були учасниками 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. Науковці [254; 264] переконані, що між медико-психологічною та медичною реабілітацією існує тісний взаємозв'язок, причому першої найбільше потребують практично всі учасники локальних воєн.

У нашому дослідженні ми притримуємося думки М. Крамника, що «медико-психологічна реабілітація військовослужбовців з проявами ознак дезадаптації і психічних порушень є системою або комплексом заходів, спрямованих на профілактику та попередження подальшої маніфестації психічних розладів, їх хронізації, розвитку різних патологічних процесів, що призводять до тимчасової або більш стійкої втрати боє і працездатності, а також на прискорене повернення військовослужбовців до професійної діяльності» [254, с. 91].

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

Нам імпонує підхід до визначення елементів психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців у посттравматичних стресових станах, розроблений Н. Алаликіною [4, с. 66–71]. На основі систематизації інформації до головних складових доцільно віднести такі:

- по-перше, медична реабілітація, що передбачає відновлення хворих і поранених у зоні бойових дій (у тому числі реабілітацію військовослужбовців, які отримали інвалідність унаслідок поранення, отриманого при виконанні службових обов'язків у зоні бойових дій);

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

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

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

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

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

Ще один вид реабілітації – психофізіологічна, яку у своєму дослідженні виділяє Ю. Шанін і вважає її частиною загальної системи реабілітації. На її важливості для сучасних Збройних Сил наголошує А. Боченков [48], пояснюючи це збільшенням психічних і фізичних навантажень на військовослужбовців у процесі здійснення військово-професійної діяльності. Під психофізіологічної реабілітацією Ю. Шанін розуміє систему медико-психологічних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення

функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей постраждалих (реконвалесцентів), що забезпечують військово-професійну працездатність. Об'єктом психофізіологічної реабілітації є військовослужбовці, які перенесли захворювання з тимчасовою втратою працездатності, а також отримали травми і поранення при виконанні професійних обов'язків [291].

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, самотерапія, саморозвиток). По-друге, форми, методи, технології та засоби реабілітаційної діяльності носять, в основному, психотерапевтичний характер.

Наступним видом реабілітації військовослужбовців ми визначили «соціальну реабілітацію», яка є важливою складовою «соціальної політики», одним із її видів (напрямів), галуззю владних відносин, що реалізуються державою та різними політичними інститутами. Під соціальною реабілітацією Н. Алаликіна розуміє «комплекс психолого-педагогічних, соціальних, соціально-економічних та інших заходів, спрямованих на усунення або компенсацію обмежень життєдіяльності. Це один із напрямів соціальної політики, пов'язаних із відновленням з боку держави функцій захисту соціальних прав і гарантій тих громадян країни, які брали участь у військових конфліктах як всередині країни («гарячі точки»), так і поза нею в складі армії, в якості військових фахівців або радників, а також з відновленням у суспільній свідомості позитивного образу воїна – учасника бойових дій» [4, с. 67]. Дослідники [4; 156; 477; 499] пов'язують соціальну реабілітацію з категорією «соціального», тобто тим, що охоплює всі явища суспільної життєдіяльності – культурну, трудову, економічну, медичну, професійну сторони тощо. Тим

самим соціальною реабілітація є не просто одним із напрямів соціальної політики держави, але і повинна стати пріоритетним.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що однією зі складових соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу. Зокрема, 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» [156, с. 38].

Цікавою є думка Е. Зборовського [187] щодо трактування соціальної реабілітації як системи заходів, що забезпечують покращення рівня і якості життя реабілітованих, створення для них рівних можливостей для повної участі в житті суспільства. Соціальна реабілітація орієнтована на навчання реабілітанта навичкам самообслуговування і забезпечення незалежності методом ерготерапії, педагогічними, психологічними, технічними засобами, включаючи матеріальну допомогу, створення безбар'єрного середовища, фінансування тощо.

У дисертаційному дослідженні В. Біловодського [28] соціальна реабілітація військовослужбовців зводиться виключно до поняття соціально-психологічної реабілітації. Для розгляду цього виду реабілітації необхідно звернутися до праць вітчизняного дослідника В. Лескова, який з'ясував, що «соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій» – це система психологічних, педагогічних і соціальних заходів, що спрямовані на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, які отримали психічну травму.

Основними завданнями соціальної реабілітації вчений визначив такі: визначення ступеня та характеру розладів психіки, дослідження індивідуально-особистісних особливостей у поведінці військовослужбовців;

оцінка перцептивних, емоційних, інтелектуальних, вольових можливостей військовослужбовців; визначення рівня їх працездатності; розробка та впровадження необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічної напруженості до рівня, який відповідає оптимальній працездатності; усунення негативних психічних проявів за допомогою комплексного використання медичних, фізіологічних, психологічних, психотерапевтичних методів; «проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців» [267, с. 7].

Слід також враховувати той факт, що успішна соціальна 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» [414, с. 15].

У тому, що саме соціальна реабілітація забезпечує нормальне існування особистості в соціумі, запобігає її деградації – переконаний В. Березовець [30]. Дослідник наголошує, що така реабілітація передбачає повне «викорінення війни» в самосвідомості ветерана і повернення його до довоєнного психологічного стану» [30, с. 98]. На думку О. Іванова і Н. Жуматій [194], соціальна реабілітація поранених передбачає комплекс практичних заходів і систему соціальної діяльності, які 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.

Вважаємо, що основні завдання соціальної реабілітації спрямовані на:

- оцінку психофізіологічного стану потерпілих, визначення якості та ступеня психоемоційного розладу;

- визначення оптимальних шляхів і методів 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 позиція О. Коржикова, який з упевненістю стверджує та аргументовано доводить, що «соціальна 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» [242, с. 109]. Науковець переконаний, що соціальна 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» [242, с. 110].

Говорячи про процес реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, 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

виступає однією з найважливіших у системі загальної реабілітації. Такий психосоціальний вплив, його значущість визначають участь у реабілітації не тільки медичних працівників, командирів, товаришів по службі військовослужбовця, але й соціальних фахівців. Тобто, ще в «період служби необхідно звертати увагу на підтримку в підрозділах здорового соціально-психологічного клімату» [156, с. 124].

На цьому етапі соціетальна реабілітація військовослужбовця визначається характером його взаємовідносин у військовому колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки, виразністю та чіткістю інтересів. Соціетальний вплив спрямовується на коригування світогляду і вироблення позитивного ставлення до життя, активізацію суспільних ідеалів. Такий вплив здійснюється за допомогою психосоціального механізму, найчастіше через проведення групової терапії, стимулювання соціальної активності, зайнятості суспільно значущою діяльністю та роботою, яка приносить задоволення. Відчутно позначається на соціетальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання від них особистих повідомлень та листів тощо. Тобто, як доводять науковці [156], організаційно-виховна діяльність командирів позитивно впливає на реабілітацію.

У складі комплексної реабілітації ми виокремили *педагогічну реабілітацію*, яка, на думку В. Шпак [492], передбачає встановлення довірливих взаємин, формування позитивної самооцінки, створення ситуації успіху, мотивація на позитивні досягнення, охоплює діяльність щодо надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, підвищення рівня саморегуляції та вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування.

У ході наукової діяльності Є. Федак [468] 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. Ця діяльність спрямована на формування специфічних установок, відновлення порушених зв'язків і відносин з первинним колективом, сім'єю і середовищем неформального спілкування. Зміни очікуються в результаті використання в діяльності взаємопов'язаних педагогічних методів діагностування, проектування, програмування і корекції об'єктивних умов життєдіяльності. При цьому, автор наголошує, що «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» [468, с. 13–14].

Зміст педагогічної реабілітації військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання, передбачає, на думку Є. Федака, дієву систему взаємообумовлених та взаємопов'язаних соціально-педагогічних заходів, спрямованих на формування оптимальних і адекватних особливостям особистості об'єктивних умов життєдіяльності, а також спрямованих на «усунення проблем у реадaptaції особистості й її ідентифікації як соціальної істоти, що містить цілі, завдання, визначені суб'єкти та об'єкти, результати, а також зворотні зв'язки» [468, с. 14].

Поєднання соціального та педагогічного видів реабілітації утворюють соціально-педагогічну реабілітацію, яка, у свою чергу, передбачає роботу з попередження соціальних відхилень, що здійснюється в процесі тривалих, цілеспрямованих, систематичних педагогічних впливів. Це поняття поглиблюється залежно від ступеня вивченості різних соціальних, психологічних і соціально-педагогічних явищ. На думку В. Могільова [298], соціально-педагогічна реабілітація це процес взаємодії педагога-реабілітолога і клієнта, що спрямована на створення умов, що сприяють вирішенню тих проблем останнього, які пов'язані з обмеженням можливостей його соціалізації. Автор доводить, що «кінцевою метою соціально-педагогічної

реабілітації дослідник визначає соціальну адаптацію та інтеграцію людини в суспільство» [298, с. 28].

Слід констатувати, що мета соціально-педагогічної реабілітації колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, передбачає підвищення рівня соціальної захищеності, інтеграції їх у суспільство, шляхом створення умов щодо реалізації особистісного потенціалу, на основі зміцнення або розвитку нових соціальних і професійних зв'язків. Процес соціально-педагогічної реабілітації інвалідів спрямований на виникнення нової, більш сприятливої соціальної ситуації розвитку. Соціально-педагогічна реабілітація спрямована на створення умов, які сприяють вирішенню соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання, травми, каліцтва, поранення. Таким чином, її розглядають як процес подолання несприятливих впливів, що зустрічаються в скрутних життєвих ситуаціях. Слід враховувати те, 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 позиції, що провідною ланкою процесу соціально-педагогічної реабілітації є раціональна організація діяльності й відносин, вона 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 [448], медична реабілітація військовослужбовців трактується як система медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, швидше відновлення порушених функцій,

профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та раннє повернення їх до професійної діяльності.

На думку фахівців, 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 самотійного життя» [112, с. 80]. Цей аспект реабілітації пов'язаний з організацією та проведенням лікувальних заходів 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. Основною ж метою медичної реабілітації, дослідники [298, с. 12; 347, с. 64] визначили медико-соціальне відновлення на основі певної діяльності, спрямованої на відновлення, або компенсацію втрачених і порушених функцій, проведення різних лікувальних і коригувальних заходів, що пристосовують людей до життя, військової служби та суспільно-корисної діяльності.

Вивчаючи зміст реабілітації військовослужбовців учасників військових конфліктів, А. Денисов [156] дійшов висновку, що медична реабілітація передбачає відновлення фізичного і психічного здоров'я і потенціалу людини, або певної соціальної групи, що були пошкоджені в результаті сильного зовнішнього впливу. Вона повинна починатися в процесі лікування, як тільки дозволяє загальний стан хворого. Науковець переконаний, що реабілітація, наприклад, психічно хворих повинна починатися «з моменту їх першого контакту з медичним персоналом, з початком їх лікування» [156, с. 34]

Зокрема, у випадках, коли військовослужбовці отримують доволі серйозні фізичні травми, до них застосовують заходи медичної реабілітації. Зокрема, надання першої медичної допомоги в бойовій обстановці це уже початок медичної реабілітації. Доведено, що навіть короткочасне і незначне поліпшення фізичного стану військовослужбовців полегшує контакт, збільшує

шанси на одужання та піднімає їхню віру в покращення стану здоров'я. 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, як доводять фахівці [282], роль індивідуально-психологічних особливостей особистості для збереження здоров'я доволі вагома.

Медична реабілітація безпосередньо пов'язана з *фізичною*, яка 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). «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» [112, с. 80].

Ми переконані, що комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій буде проходити ефективніше за умови врахування

професійної реабілітації, яка у Термінологічному словнику-довіднику менеджера охорони здоров'я [448] подається як комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Професійний аспект реабілітації передбачає розв'язання питань, пов'язаних з працевлаштуванням, професійним навчанням і перенавчанням, визначенням працездатності реабілітованих. Професійна реабілітація, на думку А. Денисова [156], 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)» [156, с. 126].

Професійно-психологічна реабілітація, як доводять фахівці [217], спрямована на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності. У свою чергу, соціально-психологічна реабілітація орієнтується на створення навколо ветеранів бойових дій реабілітуючого соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрної архітектури в містобудуванні та транспорті (бордюри, апарелі, ліфти тощо) обов'язкової реалізації потребує принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві.

Слід зазначити, що окрім названих та охарактеризованих вище видів реабілітації науковці [448] виділяють, до прикладу, екстрену реабілітацію, що передбачає комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань.

У практичному аспекті, як доводить А. Бурлак [112], соціально-економічна реабілітація зосереджена на взаємовідносинах тих, кого реабілітують, із суспільством, сім'єю; пенсійним забезпеченням. Професійна і соціально-економічна реабілітація полягає в тому, щоб повернути реабілітованому економічну незалежність і соціальну повноцінність. Ці завдання вирішуються не тільки медиками (лікуючими лікарями, психологами), але і установами соціального забезпечення, центрами реабілітації. У зазначеному контексті ми вважаємо, що лише комплексне розв'язання всіх аспектів реабілітації може забезпечити ефективність реабілітації у цілому.

Підсумовуючи, акцентуємо увагу на тому, що всі види реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій є доволі вагомими, однак лише всі 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.

Висновки до першого розділу

1. Встановлено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями як-от адаптація, реадаптація, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога. Сьогодні поняття «реабілітація» активно використовують в різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через

проблеми, що призвели до важкої ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У широкому розумінні реабілітацію розглядаємо як окремий вид 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 покращення фізичного та функціонального стану, працездатності й відновлення честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. 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. Основну увагу зосереджено на характеристиці комплексного аспекту реабілітації, оскільки вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів.

Реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій розглядаємо як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення у них здоров'я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя.

2. У процесі дослідження з'ясовано, що попри наявність в Україні низки нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.); Укази Президента України «Про

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

Проаналізовано діяльність соціальних структур та установ (центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центри зайнятості, управління праці та соціального захисту населення, управління культури і туризму, управління освіти, управління молоді та спорту, територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), кризові центри, центри ранньої соціальної реабілітації, центри соціально-психологічної реабілітації, спеціалізовані реабілітаційні центри, військові госпіталі, притулки, лікувальні й спеціалізовані заклади, громадські організації, об'єднання волонтерів та ін.), що дало змогу встановити факт відсутності належних методичних засад роботи з такою категорією населення.

3. Охарактеризовано підходи до реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, найефективнішими з яких визнано комплексний, акмеологічний, міждисциплінарний, системний. Кожний з них передбачає

проведення певного виду реабілітації – медичної, соціальної, педагогічної, акмеологічної з виокремленням комплексу відповідних принципів. Проаналізовано закордонний досвід надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій. Представлено досвід пострадянських країн, Європи і США. Встановлено, що система реабілітації учасників збройних конфліктів у США є найбільш прогресивною. Реабілітація на Заході передбачає комплекс дій, пов'язаних із відновленням здоров'я військовослужбовців і поверненням їх до громадської та професійної діяльності. При цьому наголошується на безперервності реабілітаційних дій, що робить процес відновлення ефективнішим і результативнішим.

4. Встановлено, що реабілітація цієї категорії клієнтів передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічного, медичного, соціального, педагогічного, які можуть поєднуватися між собою. У дослідженні представлено психологічну реабілітацію як специфічний вид психологічної допомоги, що надається ветеранам бойових дій із гострими чи хронічними адаптаційними розладами. Визначено соціальну реабілітацію як систему заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу військовослужбовців, можливість стати повноцінним учасником соціального процесу. Схарактеризовано медичну реабілітацію як систему медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та їх раннє повернення до професійної діяльності. Встановлено, що педагогічна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на створення ситуації успіху, формування позитивної самооцінки, мотивації досягнення, надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування, підвищення рівня саморегуляції.

Основні наукові результати, викладені в розділі, опубліковані в [59; 66; 67; 68; 72; 74; 77; 87; 89; 91; 92; 93; 95; 96; 99; 101].

РОЗДІЛ 2

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

2.1 Сутність і зміст бойового стресу та обґрунтування потреби стресостійкої поведінки

Професійна діяльність військовослужбовців відрізняється від інших категорій праці постійною нервово-психічною й емоційною напругою, обумовленою як змістом, так і умовами роботи. Військові є представниками стресогенної професії, саме тому виникає потреба у аналізі основних підходів науковців до самої дефініції «стрес».

Цей термін об'єднує широке коло явищ, пов'язаних із його зародженням, особливостями розвитку, проявами та наслідками, у зв'язку з чим у нього вкладають різний зміст. Вивченням феномену стресу займаються різні науки, а саме: психологія, фізіологія, медицина тощо. Дослівно слово стрес перекладається як «напруга», і досить часто ним позначається широке коло станів людини, що виникають у відповідь на екстремальні впливи.

На сьогодні доволі важко визначити, хто саме ввів термін стрес в науковий обіг. Вперше слово «стрес» у значенні потрясіння було згадано англійським поетом Р. Маннінг [211] ще у 1903 році. У XIV столітті терміном «стрес» позначали напади болю і горя, виснаження, знемоги, стомлення. У фізіологію та психологію вперше термін «стрес» увів У. Кеннон у 1932 році у своїх класичних роботах з універсальної реакції «боротися чи втікати» (англ. *fight-or-flight response*) [509].

Загальновизнаним є введення терміну «стрес» канадським фізіологом Г. Сельє, якого вважають родоначальником теорії стресів, хоча він почав його використовувати лише у 1946 році для пояснення загальної адаптаційної напруги. Він розглядав стрес, як фізіологічну реакцію організму, яка виникає

у результаті впливу фізичних, хімічних або органічних факторів; адаптивний синдром, який мобілізує всі сторони психіки людини, вигорання – це зрив адаптації [409].

Важливо відмітити, що ще й нині не існує загальноприйнятого визначення терміну «стрес». Так, психологи дотримуються традиційного розуміння стресу як захисної реакції на негативні стимули і впливи, включаючи депривацію життєво важливих функцій [382]. Зокрема, Л. Кітаєв-Смик вважає, що стрес є станом негативної нервово-психічної напруги, яка виникає як відповідь на складні життєві ситуації.

Стрес необхідний у житті людини, він допомагає пристосуватися до нових умов, впливає на працездатність, творчість, сприяє подоланню перешкод на життєвому шляху, дає змогу мобілізувати власні сили й ставати впевненим у собі [223; 224]. Американський психолог Р. Лазарус [534] розглядає стрес як загрозу, передбачення людиною майбутнього зіткнення з якоюсь небезпекою і вважає її ключовим механізмом розвитку емоційного стресу.

На основі вивчення публікацій М. Сандомирського [403] та В. Семиченко [411] нами було встановлено, що стрес (від англ. *stress* – напруга) – це стан психічної напруги, що виникає у людини під впливом сильних впливів. Він може як позитивно, так і негативно впливати на життєдіяльність, аж до її повної дезорганізації.

Доволі цікавою та інформативною вважаємо позицію С. Мальованої та І. Родченко, які аргументовано визначають стрес як «сукупність захисних фізіологічних реакцій, що виникають в організмі людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів» [391, с. 11]. Як справедливо зазначає П. Фресс, стрес – це особливий вид емоціогенних ситуацій і вживати цей термін необхідно стосовно хронічних ситуацій, що повторюються, в яких можуть з'явитися порушення адаптації [121].

У своєму дослідженні Т. Туркот пропонує розуміти стрес як емоційний стан та фізіологічні зміни в організмі, які виникають у напружених ситуаціях

як відповідь на незвичні для людини подразники. У 1972 році Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: «стрес – це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу» [463, с. 27].

Звертаємо увагу, на те, що А. Маклаков [282] висвітлює дещо іншу позицію. Так, науковець трактує стрес як вид функціонального стану, що характеризується підвищеною фізіологічною та психічною активністю, для якого характерна крайня нестійкість.

Погоджуємося із науковцями [178; 539] у тому, що при сприятливих умовах він може трансформуватися в оптимальний стан, а при несприятливих – у стан нервово-емоційної напруженості, для якого характерне зниження працездатності, ефективності функціонування систем і органів, виснаження енергетичних ресурсів.

Аналіз наведених вище визначень дає нам змогу зробити висновок про те, що не будь-які вимоги середовища викликають стрес, а лише ті, які оцінюються як загрозливі, що порушують адаптацію, контроль і перешкоджають самоактуалізації.

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

Для більш повного розуміння сутності стресу розглянемо його теоретичні засади, представлені різними теоріями, концепціями та моделями (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Характеристика теоретичних засад стресу

Теоретичні засади стресу	Характеристика ключових елементів
Теорії	
Психоаналітична теорія З. Фрейда	Військовий невроз як стан его-конфлікту між «колишнім мирним его солдата і новим його войовничим его»
Адаптаційна теорія А. Кардінера	Психічні явища з точки зору адаптації, яку розуміють як «серію маневрів» у відповідь на зміни навколишнього оточення
Концепції	
Концепція синдромів стресової реакції (stress response syndromes – S.R.S.) М. Горовца	Стрес-фактор є стресовою подією, що стала причиною психічної травми. Суть концепції полягає в тому, що людина знаходиться в стані стресу або періодично повертається до нього до тих пір, поки інформація про стресову (психотравмуючу) подію перероблюється. При цьому емоції розглядаються як відповідь на понятійні невідповідності (ideational incongruities) і як «мотиви до захисної, контролюючої поведінки»
Концепція посттравматичних стресових реакцій	Зосереджена на психологічних проблемах ветеранів, які розглядаються як прояв відстрочених реакцій на травматичний стрес війни (посттравматичні стресові реакції)
Моделі	
Інтеракціоністська модель М. Горовца, Б. Гріна, Д. Вільсона, Д. Лінді.	Подолання індивідом психотравмувального впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії комплексу чинників, а саме, характеру психотравмувальних подій, індивідуальних характеристик людини, особливостей умов, до яких ветеран потрапляє після повернення з війни

Аналіз праць науковців [38; 134; 178; 224; 252; 444; 459; 451] дає змогу стверджувати, що стрес спричиняє появу різноманітних психологічних станів деструктивного характеру, серед яких особливо складними є посттравматичні стресові розлади, психічна травма, нервово-психічне напруження, «м'язова броня» тощо. Розглянемо суть і особливості їх прояву у військовослужбовців учасників бойових дій.

Одним із найбільш ушкоджувальних психіку чинників є *кумулятивний стрес* – це звичайний і найбільш руйнівний вид стресу, що проявляється в умовах, коли людина страждає від різноманітних особистісних, робочих і ситуаційних чинників, що викликають відчуття безвиході. Тривале перебування в зоні бойових дій поступово виснажує нервову систему, призводить до органічних змін і, тим самим, підсилює тенденцію до затяжного перебігу і маніфестації стресових розладів [8; 9]. Світовий досвід показує, що через два місяці перебування на передовій військовослужбовець повинен бути переправлений у тил для відпочинку. В протилежному випадку він може вдатися до спроб самогубства, або вчинити якісь інші неадекватні дії. На думку М. Крамника, це типовий нервовий зрив, яким, зазвичай, закінчується тривале перебування в стресових умовах. «Перебуваючи в зоні театру військових дій, військовослужбовець не може уникнути стресу, тому йому доводиться його пригнічувати» [254, с. 76].

Для початку спробуємо встановити зв'язок між стресом і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у військовослужбовців, оскільки саме вплив стресогенних факторів призводить до появи ПТСР. Симптоми бойового стресу, на думку А. Денисова, переходять у так звані «посттравматичні стресові розлади», які можуть продовжуватися десятиріччями, а інколи стають незворотними. Вони є наслідком того, що в умовах військових конфліктів у їх учасників формуються розлади психіки, які можуть мати як передхворобливий (донозологічний) стан, так і форму психічного захворювання, наприклад, бойову психічну травму [156, с. 4].

Зазначимо, що отриманий під час військової служби стрес, пізніше призведе до появи посттравматичного стресового розладу (англ. *Post traumatic stress disorder*) – «тривожного розладу, що виникає після психологічного стресу, травматичних подій, таких як стихійне лихо, нещасний випадок, війна, насильство тощо» [4, с. 18]. Явище ПТСР інколи трактують як «посттравматичний невроз», «військовий невроз», «хронічний військовий невроз», «центральный фізіоневроз», «військова втома», «бойове

виснаження» тощо. У кожної особистості він проявляється по-різному, це можуть бути повторні переживання в снах, підвищена пильність і перебільшена реакція переляку, думки і образи, що постійно повертаються, ослаблення відчуття причетності до навколишнього світу.

Вивчаючи ПТСР, А. Маклаков [282] підкреслює, що незважаючи на численні дослідження, до теперішнього часу немає єдиної думки про механізми виникнення цього явища. Більшість дослідників приходять до висновку, що в основі механізму формування ПТСР лежать не тільки фізіологічні, але й психологічні особливості потерпілих.

Вперше комплексно описав симптоми явища військового неврозу А. Кардинер [528], наголошуючи, що він має як фізіологічну, так і психологічну природу. Серед основних симптомів дослідник виділив збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування; фіксацію на обставинах травмувальних подій; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

До основних симптомів синдрому ПТСР В. Березовець відносить порушення сну; патологічні спогади (нав'язливе повернення до екстремальної ситуації); нездатність згадувати – амнезія на деякі події (уникнення всього того, що нагадує про найбільш екстремальні моменти); надчутливість (підвищена пильність до нового виникнення екстремальності); висока збудженість (неадекватна гіпермобілізація) [30, с. 22].

На основі аналізу досліджень О. Блінова [38], представимо основні форми прояву ПТСР:

— по-перше, ослаблення пам'яті й труднощі конкретизації уваги, постійна підвищена настороженість, думки про самогубство, порушення сну, постійна втома, неспроможність концентрувати увагу;

— по-друге, часткова, або повна соціальна дезадаптація, адиктивна поведінка (прийом наркотиків, зловживання алкоголем), головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади, неконтрольовані спалахи гніву й агресії;

— по-третє, сни і нав'язливі спогади про психотравмувальні події, які іноді асоціюються з якимись вчинками, або подіями;

— по-четверте, прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, що можуть нагадати про психотравмувальні обставини;

— по-п'яте, відчувається нездатність відтворити в пам'яті події, що супроводжували психотравмувальні ситуації та втрата інтересу до значущих раніше форм життєдіяльності (спорту, відпочинку);

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

У контексті нашого дослідження цікавою є робота Р. Грінкера (R. Grinker) і Д. Шпігеля (J. Spiegel) «Люди під впливом стресу» [520], в якій дослідники проаналізували найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес. До них були віднесені нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засинання, тривожність, утома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, захопленість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. Все це супроводжується зниженням апетиту, потягом до алкоголю та іншими психосоматичними симптомами.

Аналіз літературних джерел [170; 186; 192; 218; 235; 268; 275] дає підставу встановити характерні прояви посттравматичних стресових станів, найбільш поширеними серед яких є такі:

1) думки про самогубство, які в деяких випадках, закінчуються реальним здійсненням суїциду;

2) виникає потреба мати при собі зброю та з її допомогою вирішувати проблемні ситуації;

3) часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах;

4) розвивається депресія та виникає песимізм і відчуття занедбаності і непотрібності;

5) негативне ставлення до представників державної влади;

6) з'являється недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну;

7) відчуття нереальності усіх тих подій, що відбувалися на війні;

8) розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій, нездатність бути у спілкуванні з іншими людьми щирим та відкритим та надмірна тривожність;

9) підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні;

10) спроба знайти відповідь на запитання про те, «Чому загинули Твої друзі, а не Ти?»;

11) потреба зігнати на когось злість та проявити агресію за те, що ти брав участь у бойових діях і за все те, що там відбувалося;

12) потреба постійного виділення адреналіну та отримання гострих відчуттів;

13) несприйняття ветеранів інших війн;

14) ставлення до жінок тільки як до об'єктів сексуального задоволення.

У клініко-динамічному плані розрізняють гострі, хронічні та відстрочені ПТСР. Гострі характеризуються фіксацією на перенесеній травмі, зниженою реактивністю, когнітивними і вегетативними порушеннями, зміною настрою. Вони виникають слідом за припиненням безпосереднього впливу катастрофи. Подібними до гострих за своїми клінічними проявами є відстрочені ПТСР. Різниця між ними полягає лише в часі виникнення. Відстрочені розлади характеризуються певним періодом безсимптомного протікання і розвиваються через певний час після травмування, яке іноді змінюється декількома місяцями. Умовою виникнення такої реакції є наявність вторинних стресових чинників, що провокують її появу та подальший розвиток ПТСР. Гострі можуть або поступово редукувати, або перейти в хронічну форму [197].

У своєму дослідженні ми брали до уваги той факт, що відстрочені реакції на травматичний стрес бойової обстановки об'єднують у декілька груп. До першої відносять реакції, викликані повторюваними спогадами

ветерана про психотравмувальний досвід бойової обстановки. До другої – реакції, що свідчать про прагнення уникати спогади про психотравмувальні події бойової обстановки і загальної психічної загальмованості. До проявів третьої групи відносять труднощі засипання і порушення сну; підвищену дратівливість, спалахи гніву, підвищену реакцію на раптові подразники і підвищену настороженість, підвищений рівень фізіологічної реактивності на події, які асоціюються з психотравмувальними подіями [513]. Особливе місце серед відстрочених реакцій, на думку В. Березовця [30], займають раптові повторні переживання подій, що відбувалися в бойовій обстановці, які супроводжуються як би «вимиканням» з сьогодення.

Оскільки ми розглядаємо стрес у військовослужбовців-учасників бойових дій, варто згадати про *бойовий стрес* – сукупність переживань, обумовлених тривалою загрозою життю в бойовій обстановці [533]. Констатуємо відсутність єдиного підходу до трактування терміну «бойовий стрес». Так, О. Жаданюк визначає бойовий стрес як «сукупність станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до бойової обстановки (до стресорів)» [178, с. 58]. У той же час Г. Кормос розглядає бойовий стрес як таку «поведінку військовослужбовця в умовах війни, яка є сигналом про те, що такий військовослужбовець не здатний воювати далі» [254, с. 145]. Протилежної думки притримується Р. Лаофер, він наголошує, що поняття «*військовий стрес*» більшою мірою відображає цілісний травматичний вплив бойової обстановки [533]. Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднав їх у моделі (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Моделі бойового стресу (за Г. Кормосом) [30, с. 19; 254, с. 144]

Моделі	Зміст
1 модель	Бойовий стрес є хворобою, результатом загострення в бойовій обстановці наявного раніше прихованого інтрапсихічного конфлікту. Цій моделі відповідає термін «травматичний невроз»

Продовження табл. 2.2

2 модель («витривалості» або «стійкості»)	Кожна людина має межу міцності, яка в умовах бойової обстановки швидко знижується. В даному випадку важлива не стільки роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця при травматичному неврозі стає звичайною нормою. Ця модель зосереджує увагу на терміні «бойове виснаження»
3 модель («мотиваційна»)	Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації учасника бойових дій
4 модель (оточення або «військової індукції»)	Бойовий стрес є результатом комбінації зовнішніх чинників
5 модель («експериментальн ого неврозу»)	Причиною бойового стресу є внутрішній конфлікт, що виникає у солдата в бойовій обстановці, і передбачає необхідність зробити вибір між бажанням вижити і прагненням виконати свій обов'язок
6 модель («засудження»)	Бойовий стрес викликаний боягузством і небажанням військовослужбовця виконувати свій патріотичний обов'язок. Цю концепцію Г. Кормос вважав ненауковою

Відстрочені психічні реакції на бойовий стрес трактують як «сильні стресові реакції» (*gross stress reactions*), джерелом яких є ситуації, в яких індивід піддається суворим фізичним діям і екстремальному емоційному стресу [513]. До стрес-факторів бойового стресу Р. Лауфер (R. Laufer) [533] відносить схильність до впливів, що загрожують життю; схильність до насильства; участь у процесах, що супроводжуються жорстоким насильством.

Доволі цікаво у науковій літературі [38] представлена класифікація стрес-факторів, які викликають бойові психічні травми, а саме:

1) стресори бойової обстановки (отримання поранень та загроза життю), що діють на військовослужбовців, які беруть участь у виконанні бойових завдань на ворожій території;

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

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

Стрес-фактори, що спричиняють появу психологічних проблем у військовослужбовців, Н. Алаликіна розділяє також на три групи: бойові стресори, небойові стресори бойової зони і стресори, пов'язані з відправкою до бойової зони. До першої групи стресорів були віднесені:

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

Друга група представлена такими стресорами:

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

Третя група стресорів обумовлена неочікуваною ізоляцією від сім'ї, друзів, роботи. На цьому фоні відбувається загострення психологічних проблем, пов'язаних з минулими психічними травмами, отриманими як у бойовій, так і в мирній обстановці [556]. Спостерігається тенденція, за якої психологічні проблеми більш виражені у військовослужбовців, які більшою мірою піддавалися впливу бойових стрес-факторів.

Окрім названих вище Н. Алаликіна досліджувала стрес-фактори мирного часу. До них авторка віднесла:

- падіння престижу служби кадрових військових;
- різке скорочення навчально-бойової діяльності армії та флоту внаслідок тривалих і гострих перебоїв у постачанні;
- зниження рівня життя;
- порушення законних прав військовослужбовців командирами;
- зниження якісних характеристик призовного контингенту;
- непередбачуваність майбутнього багатьох кадрових військових;
- зниження рівня умов, а іноді повна відсутність житла;
- негативний вплив псевдоринкової економіки в стосунках між людьми (хабарництво, здирництво, здача «під найм» військовослужбовців строкової служби тощо);
- підвищення можливої небезпеки нападу на окремих військовослужбовців, на віддалені пости і склади з метою оволодіння зброєю, боєприпасами, вибуховими речовинами, іншим військовим майном;
- випадки загибелі або каліцтв товаришів, підлеглих;
- фактори, що спричиняють появу психологічних травм, у тому числі пов'язані зі звільненням у запас [4, с. 82–86].

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

Досліджуючи стресогенні фактори, В. Березовець [30] розділяє їх на дві групи – це первинні екстремальні фактори, що діють на військовослужбовців під час ведення бойових дій (реальний ризик для життя, інтенсивні фізичні та психологічні навантаження, небезпека, і вторинні, що з'являються після повернення військових «на гражданку» (негативне ставлення громадської думки до тих подій, у яких приймали участь військовослужбовці;

перенесення цього ставлення на конкретних людей – військовослужбовців; відсутність реальної допомоги з боку держави у вирішенні соціальних проблем, що виникають у військовослужбовців, що сприймається як забуття їхніх бойових заслуг).

Специфічні бойові стресори мають підвищений рівень стресогенності й передбачають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичному стану військовослужбовця;
- поранення, контузії, каліцтва, радіаційне опромінення, хімічне отруєння та інші наслідки застосування бойової зброї;
- загибель близьких людей і товаришів по службі;
- муки поранених і вмираючих;
- загибель товаришів по службі і мирних громадян, у яких військовослужбовець звинувачує самого себе;
- події, в результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця;
- фізичне знищення солдат противника (особливо вперше) [178, с. 59].

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

- тривала напружена діяльність;
- підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя;
- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- рідкісні та несподівані зміни умов служби і життєдіяльності;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність теплих стосунків із близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, незрозумілих для військовослужбовців;

– інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти [178, с. 59].

Особливо впливають на рівень прояву бойового стресу у конкретного військовослужбовця такі фактори, як: «кількість перенесених контузій та поранень, отриманих травм, доз опромінення; обставини взяття його в полон, тривалість і умови перебування в полоні (якщо це мало місце)» [178, с. 59].

У нашому баченні, поряд з перерахованими факторами доцільно виділити також деякі соціальні, релігійні, етнічні, сімейні та інші обставини, що додатково посилюють прояв бойового стресу у військовослужбовців-учасників бойових дій. До них відносять:

а) наявність негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому;

б) незначний особистий досвід схожої поведінки з «минулого», до бойової життєдіяльності;

в) приналежність учасника бойових дій до національності, етнічно близької до національності солдатів противника;

г) схожість або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів противника;

д) приналежність учасника бойових дій до військовослужбовців жіночої статі (гендерний аспект);

е) складне матеріальне і соціальне становище військовослужбовця і його близьких у своїй країні

є) складна соціально-економічна ситуація в родині самого військовослужбовця.

Аналізуючи психологічні наслідки впливу стрес-факторів бойової обстановки, О. Серповська [414] прийшла до висновку, що вони суттєво ускладнюють життєдіяльність і спілкування учасників бойових дій після повернення до мирного життя.

На основі узагальнення представленої вище інформації ми прийшли до усвідомлення того, що названі вище фактори, взаємодіючи між собою,

впливають на характер прояву бойового стресу у різних військовослужбовців-учасників бойових дій, за такими показниками:

- інтенсивністю прояву – від легких станів підвищеної психічної напруженості до важких станів, що серйозно травмують психіку;
- переважаючим рівнем прояву – фізіологічним, психологічним, психофізіологічним;
- ступінь самотійного усвідомлення свого стану самим військовослужбовцем;
- переважним проявом у мотиваційній, емоційній, вольовій, когнітивній та поведінковій сферах особистості військовослужбовця;
- рівнем підконтрольності усіх проявів бойового стресу самим військовослужбовцем;
- тривалістю прояву;
- рівнем впливу на психічний стан інших військовослужбовців;
- впливом на ступінь психічної мобілізованості військовослужбовця, що проявляється від гіпер – до гіпомобілізованості;
- характером впливу на ефективність усієї бойової діяльності, що може проявлятися від суттєвого підвищення до суттєвого зниження ефективності.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що при достатній напруженості і тривалості стрес переростає в *психологічну (психічну) травму*, тобто вона є наслідком неспецифічної психічної реакції (надмірного стресу) на психотравмувальну ситуацію. Психічну травму розглядають як результат впливу психотравмувальних подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для індивіда. Виділяють гострі та хронічні психічні травми. Причому, «перші є результатом однократного, надзвичайно сильного впливу, другі – багаторазово діючих слабших впливів» [407, с. 9].

Колектив науковців [24; 407] підходить до розгляду природи психічної травми в контексті концепції психологічного захисту, який виконує роль спонтанного усунення психічних травм, обумовлених порушенням

механізмів захисту. Так, на думку В. Березовця, «психічна травма – це стан, коли в результаті протрагованої (хронічної, часто повторюваної) або гострого афективно-інтелектуальної напруги і стресу в його якісно і кількісно різноманітних формах виникає патогенний характер, що провокує відхилення в розгортанні психічної діяльності і фізіологічних функціях організму людини» [30, с. 57].

Варто враховувати той факт, що психотравмування може спричиняти і появу різкого *нервово-психічного напруження* (НПН) – психічного стану, обумовленого передбаченням несприятливого для людини розвитку подій. Воно супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, іноді страху, однак, на відміну від тривоги передбачає готовність опанувати ситуацію, діяти певним чином [378, с. 230].

Інколи тривале перебування у стресовій ситуації призводить до виникнення у військовослужбовців «м'язової броні», під якою мається на увазі хронічне м'язове напруження, що ізолює людину від неприємних емоцій, коли м'язи напружуються, почуття притуплюються, тобто «м'язова броня» заважає перебігу оргонної енергії вгору і вниз по тілу. М'язова напруга пов'язана з різними ситуаціями і травмами, що переживав індивід у процесі розвитку. Процес формування характеру і «броні» є діалектичною єдністю, в якій безперервно взаємодіють тіло і психіка [397, с. 212–216.].

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

Створення загального психолого-педагогічного портрета контингенту, що потребує реабілітації, пов'язана з основними характеристиками психоемоційної сфери індивідуума. Вона передбачає індивідуальні й колективні аспекти, що сприяють переводу реабілітованого зі стану «А» (початковий стан) у стан «Б», під яким А. Бурлак [112] розуміє більш оптимізований стан функціональної системи, що характеризується високою

комунікабельністю, низьким рівнем порогової збудливості, суттєвою стійкістю до зовнішніх подразників.

Характеризуючи офіцерів, які звільнилися з лав Збройних сил, можемо констатувати, що вони є відносно однорідною групою, яка пов'язана загальними установками, ціннісними орієнтаціями, стереотипами, життєвим досвідом, потребами, представники якої однотипно реагують у кризових ситуаціях. Окрім цього, вони доволі важко адаптуються до нових норм і правил сучасного мирного суспільства. Внаслідок відсутності досвіду створення матеріальних і побутових умов для виходу в запас, вони не вміють керувати процесом реалізації наміченого. Ситуацію ускладнює низький рівень комунікативних умінь.

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

Так, проведений аналіз дав змогу виділити типологію офіцерів, пов'язану з їх реагуванням на стрес-фактори, що виникають у результаті їх звільнення зі Збройних Сил України, а саме:

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

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

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

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

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

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

Слід наголосити, що всі військовослужбовці не залежно від типу потребують комплексної реабілітації.

Нам імпонує підхід Л. Китаєва-Смика [223], який диференціював учасників бойових дій з деструктивними постстресовими змінами особистості на три групи: «надломлені», для яких властиве постійне переживання страху, неповноцінності і схильності до жорстокості, невірноваженості. Часто вони прагнуть до усамітнення та вживання алкоголю та наркотиків; «дурненькі», які мають схильність до інфантильних вчинків і недоречних жартів. Як правило, вони недооцінюють реальну загрозу для власного життя; «люті», які за час бойових дій виробили в собі гіперагресивність. Вони небезпечні для себе і для оточуючих, особливо коли в руках у них зброя.

Представлені категорії військовослужбовців відчувають стійку ситуаційну соціально-психічну дезадаптованість, основною причиною якої є соціальне відкидання. Воно належить до класу соціальних проблемних ситуацій і призводить до фрустрації особистості, що виражається переважно в рольових конфліктах. Разюча відмінність типів діяльності в умовах виконання бойових дій і «на гражданці» призводить до розвитку міжрольових конфліктів.

У цьому контексті становлять інтерес дослідження Е. Еріксона щодо аналізу характерних особливостей ветеранів війни [440]. Серед них є люди, у яких виникає стан «ідентифікаційної плутанини». Людина, яка перебуває в такому стані, не може сказати, хто вона, звідки, вона не усвідомлює свого «Я». Причина такої поведінки криється у тому, що почуття і думки військового різко відрізняються від переживань людини мирного часу.

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

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

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

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

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

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

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

З даної типології видно, що всі військовослужбовці, які пройшли крізь війну, потребують допомоги та соціального захисту [156, с. 128]. Вони, на думку О. Серповської, «особливо гостро потребують соціальної підтримки, проведення психолого-педагогічних реабілітаційних заходів, отриманні знань про те, як максимально використати можливості самоконтролю і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій» [414, с. 4].

Оскільки ми розглядаємо військовослужбовців, які потребують реабілітації, хотілося б зупинитися на оцінюванні військових у дослідженні О. Караяні [217] з погляду трьох підходів, йдеться про ставлення до нього як до «видаткового матеріалу», до «засобу» і до «цінності». Так, «витратний матеріал» за визначенням «вводиться» до справи і зникає в самому технологічному процесі. Єдина вимога до нього – забезпечити його безперервність. При такому підході можна обмежитися виключно наданням людині необхідних психічних кондицій у процесі психологічної підготовки. «Засіб» є одним із основних елементів і факторів досягнення мети. На відміну від «витратного матеріалу» воно багаторазове і вимагає догляду, заощадження. При відношенні до воїна як до «засобу» крім психологічної підготовки потрібний і «психологічний регламент» у вигляді добре скоординованої психологічної підтримки та допомоги, націлених на розширення психологічних можливостей воїнів, збереження їх психічного здоров'я, підвищення бойової ефективності. «Ціннісне» ставлення до людини передбачає визнання у ній цілей і інтересів, вищого надбання суспільства і держави. При такому підході, участь людини у війні передбачає наявність спеціальних зусиль держави щодо збереження її психічного здоров'я, повернення у суспільство, надання допомоги при входженні до системи зв'язків і відносин мирного часу.

Вивчаючи категорії військовослужбовців, які потребують реабілітації, А. Маклаков розподіляє їх на три категорії: ті, що перебувають у хорошому психічному стані, особи з задовільним психічним станом і військовослужбовці з незадовільним психічним станом. Критерієм слугують:

характеристики особистісного потенціалу адаптації, ситуаційної тривоги і самопочуття. Перша категорія військовослужбовців, як правило, має високі характеристики самопочуття і особистісного потенціалу адаптації. Рівень тривоги в даний період у них відповідає нормі. Друга категорія військовослужбовців має більш високий рівень тривоги, а рівень самопочуття і показники особистісного потенціалу адаптації трохи нижче, тому їм необхідно більше часу для адаптації до екстремальних умов, а також психологічна допомога. Використання третьої категорії військовослужбовців на передовій, як правило, є недоцільним, так як ефективність їх діяльності незначна, а ризик загибелі високий. Дану групу військовослужбовців краще використовувати в підрозділах забезпечення [282, с. 296].

Вагомим фактором у специфіці реабілітаційного процесу, на думку В. Могильова, є те, що військовослужбовці, звільнені з лав Збройних Сил через хворобу з встановленням в подальшому інвалідності, у зв'язку з різкою зміною життєвого стереотипу (відсутністю цивільної спеціальності, неможливістю працевлаштування, втратою соціального статусу), характеризуються наявністю психопатологічних розладів: астенічних, депресивних, деструктивних тощо. Подібні прикордонні психопатологічні стани не є визначальними в життєдіяльності, але вимагають проведення соціально-педагогічних реабілітаційних заходів [298, с. 36].

Ми переконані, що потреба в комплексній реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій почне усвідомлюватися і реалізовуватися в нашій країні лише тоді, коли в суспільній свідомості сформується «ціннісне» ставлення до особистості військовослужбовця учасника бойових дій. Аналіз праць науковців [314; 349; 352; 361; 369; 371; 436; 498] і особисті спостереження дали нам змогу зробити висновок, що військовослужбовці учасники бойових дій – це особлива категорія громадян, які особливо гостро потребують комплексної реабілітації, соціальної підтримки, отриманні знань, що допоможуть контролювати психоемоційний стан і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

2.2 Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Гнучко реагуючи на складні економічні, політичні, соціальні, культурні, військові події, що динамічно змінюються протягом першої чверті ХХІ століття, арт-терапевти створили складну високодиференційовану систему послуг для широкого кола клієнтів. При цьому зберігається прихильність гуманістичним цінностям, усвідомлюється відповідальність за здоров'я людей, повага їх гідності і врахування способу життя і культурного досвіду військовослужбовців учасників бойових дій. Останнім часом саме арт-терапію почали активно використовувати у лікувально-реабілітаційній роботі з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів тощо. Це пов'язано з тим, що арт-терапія не має протипоказань і характеризується певними ознаками. На основі опрацювання наукової літератури [266] до найголовніших ознак віднесено такі:

- сприяє розвитку уяви, творчому самовираженню, формує естетичний досвід, практичні навички образотворчої діяльності;
- знімає втому, зменшує негативні емоційні стани й прояви;
- створює позитивний емоційний настрій у групі;
- дає змогу опрацювати думки й емоції, які в даний момент пригнічені та дає можливість їх трансформувати у позитивні;
- дозволяє експериментувати з найрізноманітнішими відчуттями й виражати їх у соціально прийнятній формі;
- створює належні умови для експериментування з кінестетичними й зоровими відчуттями, стимулює розвиток правої півкулі головного мозку, що відповідає за інтуїцію й орієнтацію в просторі та формує сенсомоторні уміння;
- полегшує процес налагодження міжособистісної взаємодії з іншими людьми;
- підвищує адаптаційні можливості людини до повсякденного життя;
- сприяє формуванню позитивних емоцій та розвиває емпатію;

- дає змогу спокійно розглянути та обговорити реальні проблеми, які складно обговорювати;
- розвиває відчуття внутрішнього контролю;
- допомагає під час корекції різних розладів і відхилень;
- стимулює внутрішні механізми саморегуляції і зцілення, опираючись на здоровий потенціал особистості;
- дає змогу вибудовувати міжособистісні взаємини на основі любові у сім'ї.

Сьогодні не існує єдиного загальноприйнятого визначення для наукової дефініції «арт-терапія». У цьому контексті, передусім, звернемося, до висвітлення наукової категорії «арт-терапія» у науково-довідковій літературі. Так, у Великому тлумачному словнику сучасної української мови представлено таке визначення арт-терапії – це «метод лікування нервових і психічних захворювань засобами мистецтва та самовираження в мистецтві» [124, с. 41]. У психотерапевтичній енциклопедії окрім «арт-терапії» використовують терміни «образотворча терапія», або «художня терапія» [382, с. 43]. Наголосимо, що ці терміни не можна вважати тотожними до англomовного аналога. У словнику психіатричних термінів [37] арт-терапія представлена як вид психотерапії, лікування, що передбачає залучення до мистецтва. Для цього з «хворим» обговорюють твори мистецтва (катарсичний вплив) або використовують переживання творця. Тобто мистецтво створює можливості для самовираження, відреагування, відволікання (катарсис митця). До арт-терапії відносять бібліотерапію, музикотерапію, кінотерапію тощо.

У педагогічному словнику [232] арт-терапію розглядають як терапію засобами мистецтва. Як метод, вона ґрунтується на тому, що внутрішні переживання, труднощі, конфлікти людини мають представництво на образному, символічному рівні і можуть бути виражені в образотворчому мистецтві – малюнку, ліпленні, аплікації на вільну тему. Арт-терапія сприяє звільненню від сильних переживань та конфліктних ситуацій на основі розвитку

уваги до почуттів, посилення власної особистісної цінності і підвищення художньої компетенції.

Згідно з Резолюцією Російської арт-терапевтичної асоціації, що прийнята 16 травня 2009 року, арт-терапія характеризується як система лікувально-коректувальних дій, які носять психологічний і психофізичний характер та базуються на використанні образотворчої діяльності, побудові й розвитку психотерапевтичних стосунків. Тобто арт-терапія може «застосовуватися з метою лікування і попередження різних хвороб, корекції порушеної поведінки й психосоціальної дезадаптації, реабілітації осіб з психічними й фізичними захворюваннями і психосоціальними обмеженнями» [389, с. 9].

Науковці по-різному трактують арт-терапію. Виходячи із вагомості зарубіжного досвіду впровадження арт-терапії в Американській і Британській школах, вважаємо за доцільне, насамперед, проаналізувати основні підходи яскравих представників цих шкіл до самої дефініції «арт-терапія». Так, засновниця арт-терапевтичного напрямку в США М. Наумбург характеризує арт-терапію як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації» [151, с. 86]. Протилежної думки притримується Е. Крамер [151]. Художній педагог за освітою, вона вважає, що арт-терапія «впливає таким чином, що продукт образотворчої діяльності сублімує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у вчинках» [151, с. 86]. Актуальним є підхід М. Лібман [535], яка під поняттям арт-терапії розуміє ефективне використання засобів мистецтва з метою передачі почуттів, що застосовується для зміни структури її світовідчуття.

Принагідно варто зазначити той факт, що в англomовних країнах (США, Великобританії) арт-терапія іноді позначається такими термінами, як *art as therapy* (образотворче мистецтво як терапія), або *therapeutic art* (лікувальне образотворче мистецтво). Акцент робиться на терапевтичному впливі самого процесу творчої, образотворчої діяльності, активізації учасників арт-терапевтичного процесу, розвитку у них комплексу експресивних навичок. При

такому підході не відбувається заглиблення в клінічні аспекти і складну внутрішньо- і міжособистісну динаміку, пов'язану з арт-терапевтичним процесом [239].

Слід констатувати, що на сьогоднішній день арт-терапія активно розвивається в Росії. Представимо найбільш вагомим трактування цього феномену. Досить актуальним є педагогічний підхід до сутності наукової дефініції «арт-терапії», представлений Л. Лебедевою, яка наголошує, що термін «арт-терапія» (від англ. art: мистецтво, art-therapy букв. – терапія мистецтвом) означає вплив на психоемоційний стан хворого за допомогою пластичної образотворчої діяльності. Як правило, для цього використовують візуальні види мистецтв: графіку, живопис, скульптуру, дизайн та інші форми творчості, у яких візуальний канал комунікації відіграє провідну роль (кінематограф, відеоарт, перформанс) [265, с. 35]. Цікавою, у нашому розумінні, є думка А. Грішиної, яка трактує арт-терапію як «технологію, що застосовує спонтанну образотворчу діяльність з метою розкриття творчого потенціалу і гармонізації внутрішнього світу дітей» [151, с. 96].

Найбільш розробленою і авторитетною є позиція представників психологічного підходу. У цьому відношенні цікавою вважаємо думку Т. Глухової щодо арт-терапії як «особливої форми психотерапії, заснованої на динамічній взаємодії трьох її основних елементів-учасників: клієнта, психотерапевта й образотворчого матеріалу – продукту творчості» [138, с. 69]. Існують й такі позиції, коли арт-терапію розглядають як «...усі види практики надання психологічної допомоги особистості, навчання, реабілітації та психотерапії, які базуються на використанні мистецтва і творчих продуктивних формах активності людини... Арсенал форм, видів і методів арт-терапії надзвичайно різноманітний» [129, с. 206].

З позиції адаптації, арт-терапія розцінюється як «інтегративний адаптаційний механізм, що надає людині активну позицію відносно можливостей пристосування до середовища, яке сприяє загальній гармонізації особистості» [219, с. 243]. У дослідженні Л. Повстан наголошено та тому, що

«арт-терапія є засобом психологічної гармонізації і розвитку людини через її заняття художньою творчістю. А оскільки – вона є терапією шляхом творчого самовираження, то ця властивість відкриває практично безмежні можливості для особистісного розвитку» [357, с. 46–37].

У контексті спеціальної освіти колектив російських учених розглядають арт-терапію як «в лікувальній і психокорекційній практиці як сукупність методик, побудованих на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, що дають змогу за допомогою стимулювання художньо-творчих (креативних) проявів дитини з проблемами здійснити корекцію порушень психосоматичних, психоемоційних процесів і відхилень в особистісному розвитку» [19, с. 26].

Цінним для нас є дослідження ряду науковців, результати яких знайшли відображення у психологічному словнику [374]. Зокрема автори визначають арт-терапію як мистецтво, що дозволяє експериментування художніми образами, символами в якості заступників реальних об'єктів. Тобто арт-терапію можна вважати засобом і водночас технологією реабілітації осіб з обмеженими можливостями на основі використання засобів мистецтва й художньої діяльності, що базуються на здібності людини до образного сприйняття оточення. У цьому контексті відбувається упорядковування своїх зв'язків у будь-якій художній, символічній формі.

Для більш ґрунтовного розгляду проблеми вважаємо за необхідне проаналізувати праці вітчизняних дослідників. Так, найбільш розробленою і авторитетною є позиція О. Сороки, яка трактує «арт-терапію як інноваційну освітню технологію «лікування» засобами образотворчого мистецтва, а саме малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості. Як допоміжні засоби в арт-терапії використовують музику, казку, танець, гру, драму тощо» [427, с. 34]. Подібну позицію відстоює О. Вознесенська, яка пропонує розуміти арт-терапію як «метод оздоровлення за допомогою творчого самовираження. Зцілення передбачає духовну цілісність, гармонію духа і тіла» [127, с. 20]. З позиції Л. Калініної, арт-терапія є «терапією,

змістом якої є художня творчість людини» [206, с. 25]. Доволі обґрунтованими є погляди на арт-терапію О. Смілянець, яка вважає її методом «лікування за допомогою художньої творчості, що сприяє вираженню агресивних почуттів у соціально допустимій формі; дає основу для інтерпретацій і діагностичної роботи в процесі терапії; дає змогу працювати з думками і почуттями, які здаються нездоланними; сприяє виникненню відчуття внутрішнього контролю; розвиває й посилює увагу до почуттів» [423, с. 473].

Аналіз літературних джерел [19; 128; 362; 425; 427; 485] дає підставу встановити, що арт-терапію у наукових працях найчастіше розглядають як особливу форму психотерапії та інноваційну освітню і реабілітаційну технологію, на основі використання візуального, пластичного мистецтва, що передбачає сукупність методик, які створюють належні умови для лікування і адаптації людини у соціумі.

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

Слід констатувати, що на сьогоднішній день існує три самостійних напрями арт-терапії – психотерапевтичний (медичний), педагогічний та соціальний. Усі ці напрями об'єднує цілеспрямоване використання у якості лікувального засобу художньої творчості, що відволікає людину від неприємних, болісних переживань і гармонізує емоційну сферу.

Проаналізувавши сучасні підходи науковців до арт-терапії як наукової категорії, стверджуємо, що вони передбачають художню творчість, образотворчу діяльність для «гармонізації розвитку особистості через розвиток здібностей самовираження і самопізнання в мистецтві, у порівнянні, наприклад, з грою, що пов'язано з продуктивним характером мистецтва – створенням естетичних продуктів, що об'єктивують у собі почуття, переживання і здібності людини, полегшують процес комунікації з іншими людьми» [129, с. 208].

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

Таблиця 2.3

Завдання арт-терапії у контексті реабілітаційного процесу комбатантів

Функції арт-терапії	Завдання
Діагностувальна	1) отримання інформації за допомогою проєктивного або вільного малювання про психоемоційний стан, індивідуальні особливості, інтереси, цінності комбатантів; 2) виявлення труднощів і проблем, що підлягають корекції і лікуванню; 3) визначення характеру міжособистісних стосунків учасників арт-терапевтичної групи
Психотерапевтична	1) створення комфортної атмосфери емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування; 2) сприйняття цінностей, потреб, проблем, почуттів і переживань інших учасників групи; 3) мобілізація цілющого потенціалу емоційної сфери людини за допомогою створення психологічного комфорту, що надає відчуття захищеності, радості, успіху
Коректувальна	1) корекція деструктивних емоційних станів (тривожності, агресії, фрустрації); 2) формування відчуття задоволеності, віри у власні сили, гідності, самоповаги; 3) корекція деформованого образу «Я»; 4) зменшення проявів неадекватних форм поведінки
Розвивальна	1) розвиток емоційної та вольової сфер особистості; 2) підвищення самооцінки; 3) вербалізація емоційних негативних і позитивних переживань у процесі спілкування, налагодження взаємодії з іншими людьми

Вивчаючи сучасні методи арт-терапії у згуртуванні військових колективів, Л. Петко [350] дійшла висновку, що арт-терапія як самостійний і досить впливовий напрям у лікувально-коректувальній практиці змогла сформуватися лише там, де автентичний досвід художньої роботи був об'єднаний з медичною моделлю і психотерапевтичними уявленнями.

Вагомим для нашого дослідження вважаємо той факт, що арт-терапію почали застосовувати ще в роки Другої світової війни і в післявоєнний період з військовослужбовцями, які проходили лікування і реабілітацію в США і Великобританії. Вже тоді було помічено, що заняття учасників бойових дій образотворчою діяльністю на базі художніх майстерень (арт-ательє) благотворно позначається на їх фізичному та емоційному стані [239, с. 21].

Слід зазначити, що останнім часом арт-терапія активно еволюціонує. У цьому відношенні її активно використовують у соціальній та освітній сферах, а також однією з важливих галузей використання арт-терапії «стає робота з правопорушниками, починаються спроби здійснювати її безпосередньо в місцях позбавлення волі, в умовах нагляду і реабілітації» [427, с. 55]. До прикладу, нині створена та активно діє міжнародна асоціація арт-терапевтів (найвідомішими є Американська асоціація арт-терапії, Британська асоціація арт-терапії у Колумбії, асоціації арт-терапії в Онтаріо, асоціації арт-терапії у Квебеку, асоціації арт-терапії у Новій Зеландії та Австралії (АНЗАТА)). Наголосимо, що в Україні активно діють Всеукраїнська громадська організація «Арт-терапевтична асоціація», Західноукраїнська асоціація арт-психологів та арт-терапевтів, Східноукраїнська асоціація арт-терапії, Східно-Європейська асоціація арт-терапії [427, с. 56–57].

Гнучко реагуючи на соціально-економічні, політичні та культурні обставини, що динамічно змінюються протягом другої половини XX – першої чверті XXI століть, арт-терапевти розробили високодиференційовану систему послуг, що надаються самим різним групам клієнтів, серед яких особливе місце посідають військовослужбовці-учасники бойових дій. При цьому вони щоразу демонструють прихильність гуманістичним цінностям та ідеалам,

усвідомлюючи свою відповідальність за здоров'я цієї категорії клієнтів, поважаючи їхню гідність і прагнучи бути відкритими для того, щоб вчитися, враховуючи своєрідність та особливості життя й професійної діяльності військовослужбовців.

У нашому дослідженні ми притримуємося думки О. Копитіна стосовно того, що арт-терапія за рахунок своєї універсальності є доволі ефективною при вирішенні широкого спектра проблем: внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, кризових станів, у тому числі кризах, травмах, втратах, посттравматичних стресових розладах, невротичних і психосоматичних розладах [240]. Ми переконані, що саме арт-терапію корисно застосовувати у процесі надання лікувально-реабілітаційної допомоги військовослужбовцям-учасникам бойових дій з найрізноманітнішими захворюваннями і проблемами, серед яких особливе місце займають стрес та ПТСР.

Аналіз публікацій науковців дає змогу стверджувати, що «лікувально-реабілітаційний потенціал арт-терапії при переживанні травматичного стресу і його наслідків значною мірою пов'язаний з можливістю невербальної експресії, багатими комунікативними і захисними можливостями метафоричної мови образів, образотворчих матеріалів і видів образотворчої роботи» [239, с. 22]. Образотворча діяльність, сама по собі, може бути потужним терапевтичним фактором, вона допускає різні способи поводження з художніми матеріалами. Одні з них дають змогу досягати седативних ефектів і знімати емоційну напругу, інші – відреагувати і контролювати травматичний досвід. Перенесення травматичного досвіду на образотворчі матеріали і образи також робить арт-терапевтичний процес психологічно безпечним для клієнта і терапевта, створює додаткові можливості для рефлексії та когнітивного опрацювання переживань з опорою на метафори і засоби символічної комунікації.

З методологічної точки зору доведено, що робота з образотворчими матеріалами дає вихід почуттям роздратування, гніву, образи, сорому, зменшує фрустрацію, прикладом чого може бути використання глини. Переключення уваги на інші техніки допомагає подолати захисні механізми, які допомагають

адаптуватися до травми і її наслідків. Завдяки цьому військовослужбовці можуть ідентифікувати і усвідомити свої почуття, зрозуміти пов'язані з ними асоціації, побачити новий сенс у минулих подіях і сформувати нові, більш здорові захисні механізми. Присутність арт-терапевта у роботі з військовослужбовцями є обов'язковою умовою подолання травматичних переживань і сприяє створенню безпечного комфортного простору для їх вираження. У цьому контексті О. Копитін [241] пропонує використовувати методи інтермодальної арт-терапії при подоланні наслідків психічних травм для того, щоб допомогти повніше задіяти різні види експресивної взаємодії в процесі художньої творчості.

Дослідники [196; 240] визнають арт-терапію однією з найбільш результативних форм психологічної допомоги в кризових ситуаціях, її застосовують практично при всіх формах психічних порушень. Цей метод побудований на використанні мистецтва як символічної діяльності і заснований на стимулюванні творчих процесів. Мистецтво в особливій символічній формі дає змогу реконструювати конфліктну травматичну ситуацію, допомагає відредагувати почуття, пов'язані з перенесеною травмою.

Ще однією з переваг арт-терапії при реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є те, що вона заснована на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто є єдиною можливими для вираження і прояснення травмувального емоційного стану. Перебуваючи у важкій, стресовій ситуації, людина, сама того не помічаючи, спонтанно малює лінії, «каракулі», закреслює зображення, зафарбовує простір аркуша паперу, креслить палицею на піску [12]. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні, звільнитися від негативних емоцій і почуттів. Вважаємо, що лікувально-коригувальні ефекти арт-терапії можуть проявлятися завдяки образотворчій діяльності, навіть, при відсутності вербалізації переживань. Це пов'язано з дією терапевтичних механізмів (релаксація, інсайт, катарсис, розвиток навичок самоорганізації та прийняття рішень тощо).

Цікавою є думка С. Соловійова [425] щодо вагатого потенціалу арт-терапії в системі комплексної психологічної реабілітації в умовах військового конфлікту. Автор переконаний, що арт-терапія надає можливість людині досягнути повноти соціальної творчості – це підвищена активність знаходити шляхи розв'язання проблемних ситуацій, постійне підвищення компетентності, високий рівень міцності здоров'я (стресостійкість, низька стомлюваність, адекватна самооцінка, відсутність страхів тощо); висока ступінь зрілості, можливість перебування в стані тут-і-тепер; мотивація досягнення результату, широкий діапазон прийнятних для особистості способів вирішення проблемних ситуацій (відсутність відчуття «глухого кута»).

Оскільки арт-терапія сама по собі є творчістю, В. Могільов [298] наголошує, що творча діяльність колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, виступає головним механізмом задоволення потреби в здобутті втраченого. На противагу цьому дослідники [223; 243] підкреслюють, що в силу незначного життєвого досвіду, перенесених фізичних і психічних страждань, слабкої професійної орієнтації, людина відмовляється від самоствердження через творчу діяльність, вважаючи цей фактор реабілітаційного процесу неефективним і навіть шкідливим.

Підсумовуючи наукову інформацію, ми звертаємо увагу на те, що процеси реабілітації мають підстави актуалізувати творчі характеристики особистості – на цьому заснована концепція незалежного життя інвалідів, яка передбачає, що сутнісною характеристикою людини виступає її творчий потенціал, який реалізується в різноманітних видах діяльності протягом життя і дає змогу досягати високих результатів у різноманітних видах діяльності, спілкуванні, відносинах.

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

– пасивна арт-терапія – передбачає аналіз та інтерпретацію картин (репродукцій), фотографій учасниками арт-терапевтичного процесу для «лікування»;

- активна арт-терапія – зосереджена на самостійній творчій діяльності, яка розглядається як лікувальний чинник;
- поєднання пасивної та активної арт-терапії;
- навчання учасника арт-терапевтичного процесу творчій діяльності і вибудовування взаємин з арт-терапевтом.

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

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

На початкових арт-терапевтичних сесіях арт-терапевту разом із військовослужбовцями слід ретельно узгодити правила поведінки на заняттях, пояснити те, що арт-терапія не передбачає спеціальних художніх здібностей, умінь чи навичок, наголосити на вільному самовираженні за допомогою різних художніх матеріалів і засобів. Арт-терапевт має враховувати схильність усіх учасників до індивідуального темпу діяльності, оскільки деяким людям складно розпочати малювати, пояснюючи це страхом, сприйманням малювання як дитячої гри або навпаки намаганням створювати якомога гарні малюнки.

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

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

Як справедливо зазначає М. Лібман [535], групова арт-терапія:

- призводить до зміцнення особистої ідентичності та суттєво підвищує самооцінку;
- тісно пов'язана з наданням взаємної підтримки учасникам;
- дає змогу опановувати нові ролі, розвивати ціннісні соціальні навички;
- надає можливість поспостерігати за результатами своїх дій і їхній вплив на інших учасників групи;
- розвиває уміння і навички прийняття рішень.

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

Таблиця 2.4

Варіанти групової арт-терапії

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

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

Таблиця 2.5

Форми арт-терапії (за О. Копитіним) [239]

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

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

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

При проведенні арт-терапевтичних занять обов'язковими є такі умови, як-от: психологічна безпека учасників процесу; відмова від оцінювання процесу та результатів творчої діяльності, приватність і конфіденційність; партнерство в стосунках учасника й арт-терапевта; необмежена свобода вибору образотворчих матеріалів і способів роботи з ними, тем і сюжетів для творчості, нетрадиційних образотворчих форм; делегування клієнту відповідальності за процес і результати діяльності (недирективний підхід).

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

У процесі арт-терапії досвід психічної травми спочатку виражається за допомогою символічних і досимволічних форм і лише після цього описується словами. «Паралельно з цим відбувається довільне реконструювання біографічної пам'яті, коли забуті обставини і пов'язані з ними афекти знаходять своє місце в цілісній картині реальності. Здійснюється поступове переведення суб'єктивного досвіду зі сфери несвідомого до свідомого. При цьому вербалізації в процесі арт-терапії передують фаза невербального, переважно символічного вираження» [239, с. 25].

Визнаємо, що вираження почуттів за допомогою символічних образів, образотворчої діяльності, здатне приводити до катарсису, навіть якщо зміст образотворчої продукції і сенс переживань у процесі її створення людиною не усвідомлюються. У той же час образотворча діяльність часто супроводжується досягненням кращого розуміння глибинного сенсу переживань, зростанням саморозуміння і самоприйняття.

У зазначеному контексті повністю поділяємо думку О. Копитіна [239] стосовно того, що при наданні арт-терапевтичної допомоги військовослужбовцям, які приймали участь у проведенні бойових дій із травматичним стресом і постстресовими розладами може бути використана як індивідуальна, так і групова арт-терапія з різними термінами лікування, а також з різною методологічною орієнтацією. Вважаємо, що така допомога

може бути надана на різних етапах переживання травматичного стресу і його наслідків.

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

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

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

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

4) рівень опанування або копінг-поведінки (свідомості), що забезпечує адаптацію за рахунок усвідомлення особистістю виниклих труднощів і оцінки їх як небезпечних, використання знань про те, як слід долати такі ситуації, умінь застосовувати стратегії цих дій на практиці [319].

Представимо власне бачення групового арт-терапевтичного заняття у табл. 2.6., наголосимо, що у дослідженні ми орієнтувалися на модель арт-терапевтичного заняття, розроблену Л. Лебедевою [265].

Таблиця 2.6

Модель групового арт-терапевтичного заняття

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

Ми вважаємо, що такий формат арт-терапевтичної сесії доцільно використовувати під час роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, оскільки вона є ефективною, дуже зручною та економічно вигідною.

Повністю підтримуємо О. Копитіна [239] у тому, що арт-терапія та її інтегровані види, такі як полімодальна (інтермодальна) терапія творчістю або терапія виразними мистецтвами (*expressive arts therapies*), можуть бути успішно використані при роботі з людьми з психічною травмою, посттравматичними розладами і їх наслідками. При цьому, візуально-пластичні засоби можуть бути доповнені рольовою грою, рухом або музикою. У цьому контексті важливими є висновки О. Сороки [427], яка головною характеристикою арт-терапії вважає інтегративність, оскільки у структурі арт-терапевтичного заняття можуть бути використані в якості допоміжних гра, музика, казка. Подібної думки у своєму дослідженні притримується О. Лебедева [265], наголошуючи, що арт-терапевтичні заняття дають змогу ефективно використовувати рух, музику і танець, а також драму. Такі форми, які передбачають застосування різних способів творчого самовираження називаються мультимедійними. У дослідженнях [239; 427] такий інтегративний характер підкреслюється за допомогою словосполучень: «арт-драма терапія», «арт-танцювальна терапія».

Повністю підтримуємо думку О. Сороки [427] в тому, що під час організації та проведення арт-терапевтичних занять необхідно використовувати допоміжні арт-терапевтичні технології (пісочну, ігрову, казкову, театралізовану, музичну, танцювально-рухову, фототерапію). Саме такі додаткові арт-терапевтичні технології є доволі ефективними у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, оскільки вони інтегровані у їх структуру. При цьому арт-терапія виступає головним системотвірним компонентом.

Представимо загальні позитивні можливості допоміжних арт-терапевтичних технологій під час організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які були учасниками військових операцій у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Характеристика комплексних арт-терапевтичних технологій

Види арт-терапевтичних технологій	Цілі	Переваги	Можливості
<i>Ігрова терапія</i> – метод психотерапевтичного впливу на людей з використанням гри [42]	Зростання, розвиток, реалізація внутрішнього потенціалу; розв’язання складних життєвих ситуацій, змодельованих у ігровому процесі	Ефективна при лікуванні психоемоційних розладів, допомагає висловлювати свої конфлікти, переживання і почуття	Запобігає розвитку нервово-психічних патологій (зняття внутрішньої напруги, зменшення тривожності, страхів, фрустрації, агресії, недовіри та ворожості до оточення; корекція поведінкових розладів (девіацій))
<i>Музикотерапія</i> – напрям психотерапії, що об’єднує ідеї гуманістичної особистісно орієнтованої педагогіки з окремими психотерапевтичними технологіями; використовується як поняття, що дає змогу об’єднати «музику» і «терапію» [382]	Управління психічним станом людини, «лікування», соціалізація	Дає змогу розвивати образний тип мислення; активізувати або розслабити людину; позитивно впливає на психоемоційний стан людини	Активізація розумової діяльності, підвищення працездатності, самооцінки, емоційної саморегуляції, особистісний розвиток, корекція міжособистісних стосунків, розвиток самоконтролю, уяви, рефлексії, емпатії [427, с. 104]

<i>Казкотерапія</i> – один із креативних методів, що передбачає процес активізації ресурсів та особистісний потенціал людини [191]	Відновлення душевної рівноваги, втеча від дійсності [453]; вирішення конкретних проблем	Дає можливість діагностувати проблеми; допомагає в пошуку шляхів розв'язання особистих проблем	Сприяє розвитку естетичних почуттів; формує «етичний імунітет»; підтримує «імунну пам'ять»
<i>Пісочна терапія</i> – один із методів, що виник у межах аналітичної терапії К. Юнга; спосіб позбавлення від внутрішнього напруження, який суттєво підвищує впевненість людини у собі та відкриває нові шляхи для ефективного розвитку [355]	Відновлення цілісності; створення комфортних умов для розвитку; зменшення внутрішньої напруги	Запобігає швидкій втомлюваності, зниженню працездатності; допомагає формувати позитивно-емоційне ставлення до інших людей, оточення в цілому; встановлювати довірливі стосунки у групі; підвищує самооцінку; покращує психологічне самопочуття	Розвиток «тактильної чутливості», пізнавальних функцій, мови, моторики; «заземлення» негативної енергії [401, с. 91]; прояв творчої активності
<i>Театральна терапія</i> – один з методів психологічної роботи, що передбачає використання можливостей театру для досягнення позитивних змін в емоційному, інтелектуальному та особистісному розвитку людини	Розвиток вербальної та невербальної комунікації; ослаблення соціальних фобій; поліпшення саморефлексії самодисципліни і почуття відповідальності; розвиток творчих здібностей;	Допомагає вільно володіти своїм тілом, не соромлячись його; звільнитися від внутрішніх утисків; втілювати через гру ідеї і мрії; розв'язувати характерологічні конфлікти; знімати психологічну напругу	Знімає напругу, дає змогу проявляти і розвивати уяву, варіативність мислення; допомагає адаптуватися; підвищує впевненість у собі; контроль над позитивними і негативними емоціями

Продовження табл. 2.7

<i>Танцювально-рухова терапія</i> – використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного й фізичного життя людини [443]	Пізнання себе, своїх особливих індивідуальних якостей; можливість розширити уявлення про самого себе, знайти нові шляхи вираження і взаємодії з іншими людьми	Передбачає доступність. Головна увага акцентується на вираженні людиною власних емоцій і почуттів під час руху, передбачає абсолютну свободу рухів [34]	Зменшує напругу, тривожність, агресивність; сприяє ефективній взаємодії з собою, світом, людьми; встановленню контактів з оточуючими; допомагає усвідомити свої і чужі бажання, почуття, вчинки, за допомогою аналізу рухів; проявляти індивідуальність, щирість, сприймати себе [427, с. 107]
<i>Фототерапія</i> – використання фотографії з метою розвитку та гармонізації особистості, а також вирішення основних психологічних проблем	Передбачає поліпшення якості життя, відновлення і зміцнення здоров'я; допомагає відчувати красу природних форм, ліній і фарб, виховує смак та розвиває спостережливість	Забезпечує психологічний комфорт; розвиває впевненість у собі; вміння взаємодіяти з іншими людьми; відчуття прекрасного	Творче самовираження (створення візуальних ефектів, варіювання формату і кольоровості, коректування і трансформація образів); самопізнання, соціалізація; емоційний розвиток

Представлені у табл. 2.7 арт-терапевтичні технології мають діагностувальні, розвивальні, коректувальні, терапевтичні можливості, а їх

ефективне поєднання дозволить фахівцям ефективно здійснювати реабілітаційну діяльність з військовослужбовцями-учасниками бойових дій.

У нашому баченні, доцільно ефективніше використовувати арт-терапевтичні технології в комплексі, інтегровані у єдину структуру арт-терапевтичного заняття. Лише при такому їх використанні кожна людина може успішно проявляти себе в будь-якому з видів художньої діяльності й творчості: ігровій, казко- або музикотерапії. Різні види мистецтва взаємодіють між собою. Звук, простір, колір, рух, форма тісно пов'язані між собою та взаємозамінні. Ці аспекти є особливо актуальними під час розробки арт-терапевтичних занять для військовослужбовців-учасників бойових дій, де одна з технологій є головною, наприклад арт-терапія.

Окремо хотілося б зупинитися на одному з видів арт-терапії, який останнім часом активно розвивається і за своєю суттю відрізняється від проаналізованих арт-терапевтичних технологій. Йдеться про ландшафтну арт-терапію, пов'язану з використанням фізичних і символічних форм, які знаходяться в навколишньому природному та антропогенному середовищі. Як і у будь-якій арт-терапії, в ландшафтній арт-терапії використовують, перш за все, образотворчу діяльність, однак допускається застосування дещо іншого набору засобів, знайдених об'єктів і матеріалів, а також цілісного ландшафту. Учасникам занять надається можливість певну частину часу сеансів проводити за межами арт-терапевтичного кабінету [239, с. 36].

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

особистості об'єктам. У результаті перенесення на ці предмети особистого досвіду (як травматичного, так і ресурсного) забезпечується його екстерналізація, встановлення контролю над переживаннями, усвідомлення минулого і відновлення біографічної пам'яті [239, с. 36–37].

Наголосимо на тому, що вагомими передумовами проведення ландшафтної арт-терапії при ПТСР можуть бути численні приклади спонтанних творчих проявів з використанням підручних засобів, особистих і знайдених предметів у учасників бойових дій («траншейне мистецтво»). Військовослужбовці, військовополонені і цивільне населення під час воєн і збройних конфліктів нерідко знаходили на полях битв предмети і створювали з них цікаві вироби (Saunders, 2003). Такі знахідки відображали їх особистісні творчі реакції на ситуацію і служили важливими документами подій. Солдати, наприклад, «можуть підбирати шрапнель, осколки снарядів і інші предмети, щоб виготовляти з них поробки, які несуть на собі відбиток колишніх середовища і відносин. Крім того, ці предмети створюють відчуття більшої безпеки і навіть перебування в рідному домі» [239, с. 38].

На основі аналізу наукових джерел [239; 485], ми визначили прийоми і техніки ландшафтної арт-терапії, які можна використовувати в реабілітації військовослужбовців, які пережили психічну травму, стрес або ПТСР. Найбільш поширеними є:

- прогулянки в певному середовищі з метою знаходження в ньому предметів, що викликають сильні асоціативні та емоційні реакції, з подальшим обговоренням знахідок і створенням з них предметних скульптур (ассамбляжі), інсталяцій, «талісманів» та іншої авторської продукції;
- використання деяких предметів і матеріалів (піску, води, листя) не стільки для створення авторської продукції, скільки з метою маніпуляцій і дослідження їх сенсорних характеристик;
- створення «дорожніх нотаток» та інших художніх текстів на основі взаємодії зі знайденими предметами або середовищем;
- підготовка та проведення ритуалів з певною терапевтичною функцією

з використанням знайдених об'єктів або у спеціально вибраному середовищі;

- фотографування об'єктів і середовища;
- саджання рослин, створення і облаштування садів, парків і меморіалів, а також формування учасниками занять найбільш безпечного і комфортного середовища.

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

Дослідники [25] переконані, що даний підхід (екологічна арт-терапія) дасть змогу активізувати уяву, творче мислення та інтуїцію; розширити діапазон художньо-творчих можливостей, подолати стереотипні уявлення про зміст і спрямованість художньо-творчого процесу; розвинути відчуття прекрасного, збагатити естетичний досвід; вдосконалити навички саморегуляції шляхом активної взаємодії з середовищем і його здоров'язберезувальними ресурсами; активізувати полісенсорну стимуляцію й інтеграцію діяльності різних сенсорних систем організму; поєднати різні аспекти особистого досвіду, зміцнити і реконструювати біографічну й культурно-історичну пам'ять, здійснити психологічну інтеграцію-зміцнення почуття «Я».

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

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

У науково-довідковій літературі гру трактують по-різному. У Великому тлумачному словнику гра розуміється як заняття, що базується на певних умовах та підпорядковане сукупності правил і прийомів, або розкриває її процесуальний зміст. «Багатогранність ігрової діяльності, яка розвиває, виховує, соціалізує та концентрується на конкретній меті, полягає у збагаченні особи знаннями, вміннями, досвідом та є процесом опанування знань, досвіду з урахуванням досягнень і недоліків минулого, набуття навичок, умінь виконувати певні дії, виховувати та виробляти в собі певні якості, риси, вміння» [124, с. 706].

Так, з позиції філософії, гра – це непродуктивна діяльність, яка здійснюється не заради практичних цілей, а служить для розваги та забави, доставляючи радість сама по собі. Гра відрізняється як від праці, так і від чисто інстинктивних дій, її відносять до певної стадії розвитку вищих істот – ссавців і людей [471]; одна з головних і найдавніших форм естетичної діяльності – неутилітарної, яку здійснюють заради неї самої, яка доставляє її учасникам і глядачам естетичну насолоду, задоволення, радість. Принципово непродуктивний та нерациональний характер гри з давніх-давен пов'язував її

із сакральними і культовими діями, з мистецтвом, наділяв таємничими, магічними сенсами [320].

З позиції культурології, гра – це вид непродуктивної діяльності, головний мотив якої полягає не в результатах, а в самому процесі [152]; форма вільного самовираження людини, що припускає реальну відкритість світу можливого і розгортається або у вигляді змагання, або у вигляді подання будь-яких ситуацій, смислів і станів. Сучасна культурологічна думка висуває гру в якості самостійної галузі вивчення та обґрунтовує наскрізне значення гри в розвитку основних культурних форм людської діяльності – мистецтві, науці, філософії, політиці [238].

У психологічному контексті, гра є формою діяльності в умовних ситуаціях, спрямованою на відтворення і засвоєння суспільного досвіду, фіксованого в соціально закріплених у предметах науки і культури, а також у способах здійснення предметних дій [255]; активністю індивіда, спрямована на умовне моделювання певної розгорнутої діяльності, для людини – формою діяльності в умовних ситуаціях [422].

У «Енциклопедії освіти» гра розглядається як «вид креативної діяльності людини, у процесі якої в уявній формі відтворюються способи дій з предметами, стосунки між людьми, норми соціального життя та культурні надбання людства, які характеризують історично досягнутий рівень розвитку суспільства» [172, с. 139–140].

Представимо феномен гри з різних наукових підходів (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Визначення гри з різних наукових підходів

Автор	Змістове наповнення поняття «гра»
А. Бурлака [113, с. 48]	Гра – метод нейтралізації фрустраційного комплексу в реабілітаційно-адаптаційних і рекреаційних процесах військовослужбовців
В. Давидов [375, с. 117]	Головним «продуктом» гри є та чи інша зміна, формування та розвиток особистісних якостей, певні особистісні новоутворення

С. Довбня [160, с. 249]	Гра – це конкретний прояв індивідуальної та колективної ігрової діяльності, яка має багатовидовий, конкретно-історичний, креативний і багатofункціональний характер
І. Кант [214, с. 305]	Пов'язував гру з мистецтвом, наголошуючи на подвійності реальності, необхідності балансування між свідомістю, штучністю конфлікту і сьогочасною вірою в реальність
Л. Тovaжнянский, О. Романовский, В. Бондаренко, О. Пономарев, [342, с. 209]	Гра володіє «можливостями досягнення цілей навчання і виховання, що не можуть бути надані іншими, традиційними чи новими формами і методами навчання»
С. Рубінштейн [396, с. 589].	Гра є вираженням певного ставлення людини до навколишньої дійсності. «Суть гри – у здатності, відображаючи, перетворювати дійсність. Уперше виявляючись у грі, ця сама загальна людська здатність вперше у грі і формується. Уперше формується і виявляється потреба людини впливати на світ – у цьому основне, центральне і саме загальне значення гри»
О. Федоренко [469, с. 79]	Гра допомагає здобути не тільки певний соціальний досвід фахівця, але і соціальний досвід: навички соціальної взаємодії, управління людьми, формується психологічна спрямованість у діяльності і ставлення до неї, уміння керувати і підкорятися
Г. Щедровицький [493, с. 84]	Гра створена суспільством для ефективного управління розвитком особистості: у цьому плані вона є особливим педагогічним творінням

Отже, при різноманітності підходів до сутності гри, приємно відзначити, що дослідники [207; 493; 500] вважають цей метод корисним не лише для дітей, а й для дорослих, оскільки він допомагає ефективніше соціалізуватися, вдосконалюючи при цьому певні знання, уміння і навички.

Як зазначають науковці [112; 113; 294; 360], висока ефективність гри обумовлена вагомими перевагами в порівнянні з традиційними. Деякі з них хотілося б виділити особливо:

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

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

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

– мотивує людину, сприяє соціалізації та професійному розвитку, дозволяє перевірити на практиці ефективність сформованих переконань, навичок та здібностей;

– допомагає відчувати включеність в оточуючий світ та дає змогу побачити особливості власного життя у цілому;

– дозволяє краще зрозуміти і навчитися використовувати всю складність соціальних, психічних та організаційних процесів, які відбуваються під час спілкування між людьми;

– спонукає учасників тренувати особистісні навички, необхідні у груповому процесі (відкритої комунікації, диференційованого сприйняття, прийняття рішень, постановки вимог, допомоги іншим, співробітництва, пошуку можливостей самодопомоги, особистісної відповідальності);

– сприяє зняттю деяких захисних механізмів, оскільки дотримання групових норм дають можливість ефективно моделювати під час ігрової діяльності складні форми поведінки;

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

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

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

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

Зупинимось на перевагах ігрових технологій при проведенні реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, оскільки вони: отримують необхідну інформацію (знання, факти, історії) і формують відповідні уміння і навички; приймають рішення, за допомогою розробки, зміни та корекції плану дій; оцінюють власні дії і дії партнерів; розробляють тактику і стратегію своїх дій; вивчають структуру соціальної системи за умови розробки імітаційної гри [486, с. 25];

До прикладу, І. Мельничук [294] вважає, що перші серйозні ігри дорослих людей були військовими іграми, йдеться про військові маневри – це глобальні ігри за особливими правилами, а гра в шахи виступає «предком» сучасних імітаційних ігор. Сучасні ділові ігри беруть початок із 1930-х років, коли в колишньому СРСР запроваджувалася наукова організація праці для вирішення складних управлінських завдань. Наприкінці 50-х років ХХ ст. ділові ігри отримали нове народження у США у зв'язку з вирішенням, знову ж таки, військових проблем.

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

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

На початкових етапах здійснення реабілітації, коли вивчають ігрові інтереси комбатантів, необхідно підбирати такий ігровий матеріал, що допоможе домогтися максимально позитивної енергоінформаційної наповненості свідомості комбатантів. У подальшому загальний стан буде

покращуватися, зменшуючи при цьому деструктивні емоційні відчуття і отримуючи позитивні емоції. Саме в цей час необхідно розробляти ігри для індивідуальної корекції психоемоційного стану військовослужбовців.

У роботі з комбатантами фахівці (соціальні працівники, психологи) мають враховувати методичні вимоги до проведення ігор. Підтримуючи думку О. Федоренко [469], вважаємо, що, по-перше, гра має бути максимально наближена до реальних професійних умов. По-друге, продуктивна гра створює особливу атмосферу пошуку та невимушеності. По-третє, у грі мають бути чітко сформульовані завдання, зрозумілі всім її учасникам, визначені зміст і правила гри. По-четверте, у грі необхідно виявляти й аналізувати можливі варіанти розв'язання поставленої проблеми.

Вважаємо, що при проведенні будь-яких видів ігор з військовослужбовцями-учасниками бойових дій необхідно дотримуватися певної технології. За основу ми взяли методику застосування інтерактивних технологій, розроблену І. Мельничук [294].

1. Підготовка до проведення заняття в ігровій формі, що базується на визначенні мети гри та структуруванні її часового обмеження; установлення відповідності за її змістове наповнення та адекватності мети реабілітаційного заняття; розробка власного сценарію гри; чітке структурування усіх етапів ігрової взаємодії; забезпечення необхідним обладнанням та матеріалами; розробка покрокової інструкції для військовослужбовців-учасників бойових дій (мета, завдання, правила, ігрові дії, умови).

2. Безпосереднє проведення гри, що передбачає активну діяльність військовослужбовців, що базується на їхній внутрішній (психологічній), зовнішній (фізичній) та соціальній активності. Зокрема діяльнісна активність має такі ознаки, як: передбачення результату; усвідомлення можливості його реального досягнення; обґрунтоване планування своїх практичних дій; вибір відповідних раціональних методів, форм, засобів та конкретних орієнтирів у міжособистісних відносинах; гармонізація внутрішньої та зовнішньої діяльності; оцінювання результатів своєї праці, що передбачає уміння

нормувати, контролювати та приймати оптимальні рішення, вирішувати загальні організаційні завдання (діагностувати, прогнозувати, стимулювати діяльність, підходити до неї комплексно, системно, цілісно). Тобто діяльнісна активність надає змогу військовослужбовцям перевірити доцільність діяльності та її співрозмірність поставленій меті.

3. Аналітично-оцінювальний етап базується на сформованій рефлексії, а також охоплює уміння узагальнювати результати гри, формулювати висновки, визначати позитивні аспекти гри, які спонукають до особистісного зростання, врахування упущень, розуміння ефективних шляхів для удосконалення ігрової взаємодії учасників для подальшого використання апробованої методики в майбутньому.

Як наголошують науковці [342], ефективність гри залежатиме від принципів, які є обов'язковими, оскільки вони допоможуть організувати і провести гру ефективно й з користю для її учасників. До таких колектив авторів навчального посібника відносять:

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

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

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

– принцип діалогічного спілкування і взаємодії партнерів по грі як необхідна умова рішення навчальних задач, підготовки і прийняття погоджених рішень, розвитку пізнавальної активності особистості. Переживання проблемної ситуації – ситуації взаємодії з об'єктом – є «запитальним» станом учасника гри. Обумовлений проблемним змістом ділової гри, питання може бути задано партнеру по грі, утягуючи його тим самим у спілкування, спрямоване на спільний пошук потрібної відповіді. Відповідь, зустрічне питання або система міркувань військовослужбовця обумовлюють спільну діяльність у напрямку ухвалення рішення. Навіть при наявності ідентичних умов і однакової інформації люди неоднозначно інтерпретують їх зміст, що створює необхідні передумови для зародження діалогу, обговорення, дискусії, узгодження позицій і інтересів;

– принцип двоплановості ігрової діяльності. Сутність цього принципу полягає в тому, що діяльність щодо формування і розвитку особистості фахівця реалізується в ігровій формі, що дає змогу учасникам інтелектуально й емоційно розкритися, проявити творчу ініціативу. Знаходячись у ситуації, що заміняє умови професійної діяльності, військовослужбовець повинен оволодіти апаратом здійснення цієї діяльності – системою знань, умінь, навичок, відносин з іншими людьми [342, с. 212–216].

У нашому баченні названі вище принципи взаємопов'язані між собою, кожен з них є логічним продовженням і розвитком іншого.

Вважаємо, що в грі прийняте рішення реалізується в розвитку (доопрацюванні, зміні, корекції) плану. Приймаючи участь у грі,

реабілітовані оцінюють власні дії та дії партнерів. Вірно вибрані тактика і стратегія призводять до успіху в грі. Людина розуміє, чи є її дії ефективними, якщо ні, то дивиться, що зроблено не так, і шукає способи змінити стратегію.

Важливим для нашого дослідження є висновки А. Бурлака [113] стосовно того, що в ігровій діяльності в боротьбі за виграш виникає стан азарту і виділяються ендорфіни, які впливають як на психоемоційний стан, так і на весь організм в цілому. Таким чином, гра допомагає зменшити стрес.

Існують різні підходи до класифікацій видів ігор. Так, Ю. Гільбух описує ігри, які мають виражену мотивацію діяльності, ініціативу, підпорядкування правилам, більш високу результативність. Автор розділяє їх на навчально-рольові (із прийняттям певних рольових функцій – масок; із використанням казкового сюжету; із фантазуванням; засновані на програванні професійних ролей) і змагальні [136].

І. Мельничук розподіляє ігри на такі групи:

- 1) імітаційні ігри – логічно-розумові, креативно-пізнавальні, аналіз конкретних ситуацій;
- 2) рольові ігри – організаційно-діяльнісні, ситуативно-сюжетні, професійно-комунікативні, симулятивно-ігрові ситуації;
- 3) навчальні інтерактивні ігри – репродуктивні, пізнавально-розвиваючі, творчі, узагальнюючі, контролюючі;
- 4) тренувальні інтерактивні ігри – діагностичні, комунікативні, соціально-психологічні, рефлексивні [294].

Дещо іншою є позиція В. Селіванова, який розділяє ігри на два види в залежності від основного змісту ігрових дій. В одному випадку основу змісту гри складає дидактичний матеріал, дії з яким наділяються в ігрову форму. У іншому випадку дидактичний матеріал включається як елемент в ігрову діяльність, яка є основною, як за формою, так і за змістом [408, с. 213].

У дослідженні С. Жицької [180] виокремлено чотири типи навчально-рольових ігор, а саме: тренувальні ігри та ігрові етюди; професійно-діяльнісні навчально-рольові ігри; ситуативні навчально-рольові ігри;

інструментально-змагальні навчально-рольові ігри. Дещо іншу думку відстоює В. Оконь [327], який виокремлює функціональні, тематичні й конструктивні ігри, а за змістом – дидактичні, спортивні і військові.

Згідно з класифікацією М. Кларіна [225], ігри розподіляють на такі групи:

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

Слід зазначити, що більшість з названих вище ігор вчені пропонують використовувати у навчальному процесі закладів вищої освіти. Ми не погоджуємося з цим, оскільки це суттєво зменшує їх функціональну значущість. Наш досвід переконує в тому, що запропоновані ігри є корисними й ефективними саме у процесі здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

До прикладу, *ділова гра* створює обстановку умовної практики і включає її учасників у взаємодію з представниками інших рольових позицій (соціальний аспект). У діловій грі необхідними є ситуація вибору і прийняття рішення, в якій відтворюються умови, наближені до реальних. Окрім цього в діловій грі учасники опановують нові ролі, що допомагають зрозуміти й опанувати нові функції. Саме у грі відбувається моделювання конкретних подій, явищ, які допоможуть у безпечній обстановці прийняти правильне рішення і почувати себе при цьому впевнено і комфортно. У діловій грі будь-яку ситуацію можна програти у зручний час, період (минулий, теперішній, майбутній). Перевагою ділових ігор є те, що вони органічно поєднують теорію і практику, формуючи необхідні знання, уміння і навички. Різновидом

ділової гри є *професійні ігри*, призначені для розвитку у військовослужбовців творчого мислення, формування практичних умінь і навичок, вироблення індивідуального стилю спілкування і поведінки при колективному рішенні завдань. Професійна гра – це в певному значенні репетиція елементів професійної діяльності майбутнього військового фахівця [360].

Окремою групою зарубіжні дослідники [113] виділяють *реабілітаційні ігри*, що виховують гнучкість у вирішенні проблем, оскільки в них немає єдиного вірного рішення, стратегії, яка завжди спрацює. Ігри досліджують динамічні процеси, в яких одночасно діє безліч складових, і потрібно випробувати кілька рішень. Різновидом реабілітаційних ігор є *спеціалізовані реабілітаційні комп'ютерні ігри*, які використовують при реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з руховими порушеннями. Тобто виконуючи певну вправу, військовослужбовець одночасно грає в комп'ютерну гру, яка мотивує його до тренувань, сприяє розвитку швидкості реакції, координації й рівноваги [532].

Імітаційні ігри називають імітаційними вправами і вбачають їх користь у навчанні конкретним функціям, навичкам і вмінням [507, с. 62]. За цілями навчання імітаційні ігри поділяють на три групи – ігри, призначені для засвоєння знань; для використання знань; для зміни ставлення (позиції, точки зору). По суті, це так звані практичні вправи, які забезпечують миттєвий зворотний зв'язок, і проводять під наглядом ведучого. При цьому, кожен вид імітаційної гри вимагає побудови своєї моделі, відмінної від інших. Окрім цього, імітаційні ігри розподіляють на дві категорії: 1) ігри, в яких обігрують ролі, приймають рішення і відбувається взаємодія між гравцями – це так звані ігри міжособистісної взаємодії; 2) ігри, в яких інформація передається за допомогою технічних засобів – слайдів, кінофільмів, програм, комп'ютерів, так звані ігри з переважанням технічних засобів [514, с. 134].

Згідно з класифікацією зарубіжних учених, за способом створення виокремлюють такі типи імітаційних ігор: «прості ігри для двох осіб; комп'ютерні ігри; комплексні гри» [505, с. 153].

У процесі проведення ігор можна застосовувати імітаційне моделювання, рольову гру, вправи з розв'язанням проблем, укладання угод, імітаційні моделі типу «ін-баскет». Хотілося б детальніше зупинитися на аналізі ігрових методів у роботі з військовослужбовцями, серед яких особливе місце займають методи аналізу конкретних ситуацій, «мозкової атаки», інтелектуальної розминки тощо. Так, *метод аналізу (розбору) конкретних ситуацій* має ґрунтуватися на аналізі деякого фіксованого поєднання початкових даних, динаміка в таких ситуаціях відсутня. Завдання не передбачають взаємодії команд гравців і окремих учасників, не передбачається і вироблення колегіальних рішень в процесі аналізу ситуацій. Метод розрахований на індивідуальну роботу, він є формою ігрового моделювання, сприяє формуванню професійної інтуїції, умінню розбиратися в нестандартних ситуаціях, а також передбачати можливі наслідки рішень. Можна запропонувати військовослужбовцям-учасникам бойових дій самостійно проаналізувати ті чи інші критичні ситуації, які на практиці привели до непередбачених наслідків, вимагали серйозних рішень. Привертання уваги до таких випадків особливо корисно для вироблення точок зору на свою повсякденну поведінку і в екстремальних умовах.

«Метод клініки» є частковим випадком методу аналізу конкретних ситуацій. Його суть полягає в тому, що на занятті детально аналізується підхід до вирішення тієї або іншої реальної проблеми. Всі учасники обговорення працюють на рівних і можуть висловити свою думку. Визначаються чіткі етапи рішення задачі, оцінюються супутні обставини, складається план дій. Як доводять науковці [360], цей метод рекомендується для тренування військовослужбовців у рішенні завдань у рамках заздалегідь складеної і відомої програми. Головною умовою успіху в цьому випадку є постановка завдань, безпосередньо пов'язаних з їх майбутніми професійними інтересами.

Різновидом методу аналізу конкретної ситуації є *метод розгляду аварійних випадків*. Кожен учасник заняття отримує письмовий опис істинної

або уявної аварійної ситуації. Потім їм дається час на обдумування, після чого проводиться груповий аналіз. У кінці заняття підводяться підсумки обговорення. Цей метод добре розвиває у військовослужбовців уміння і навички управління діяльністю і контролю, міжособистісних стосунків у колективі.

Методи мозкової атаки, на думку науковців [207], є емпірично знайденими ефективними способами рішення військовослужбовцями творчих завдань. Цей метод дослідники пропонують застосовувати в різних модифікаціях, а саме:

– *метод прямої мозкової атаки* можна використовувати для вирішення будь-яких творчих завдань, що мають різну форму і зміст. При постановці завдання необхідно з'ясувати, що в результаті бажано отримати або мати та що заважає отриманню бажаного? Тривалість сеансу мозкової атаки складає 1,5–2 год. (представлення учасників і ознайомлення їх із правилами (5–10 хв.); постановка завдання з відповідями на питання (10–15 хв.), проведення мозкової атаки (20–30 хв.), перерва (10 хв.), складання відредагованого списку ідей (30–45 хв.);

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

– *суть подвійної прямої мозкової атаки* полягає в тому, що після проведення першої прямої мозкової атаки робиться перерва від 2 год. до 2–3 днів і потім вона повторюється ще раз. Практика свідчить, що при проведенні другої мозкової атаки по одному і тому ж завданню часто з'являються

найбільш цінні, практично корисні ідеї або вдалий розвиток ідей першого сеансу;

– *мозкова атака з оцінкою ідей* призначена для вирішення складних організаційних завдань. Вона виконується в три етапи. На першому етапі проводять пряму мозкову атаку, складають загальний список ідей і передають кожному учасникові. Він отримує завдання індивідуально (незалежно від інших) відібрати із загального списку від трьох до п'яти кращих ідей з вказівкою їх переваги, при цьому список дозволяється доповнювати новими ідеями. На другому етапі кожен учасник повідомляє про відібрані ним (чи запропоновані додатково) 3–5 ідей з вказівкою їх переваг. По кожній ідеї проводиться коротка (5–10 хв.) мозкова атака для висунення ідей щодо поліпшення запропонованого варіанту, виявлення недоліків, висунення ідей по їх усуненню. У результаті обговорення складають таблицю, в якій фіксують опис ідеї, переваги і недоліки. Кожному курсантові дається завдання вибрати з таблиці незалежно від інших один або два найкращі варіанти і представити по них свої рішення. На третьому етапі обговорюються представлені рішення для ранжирування їх від кращих до гірших. Складають пропозиції з описом найкращих з них. При цьому прийняті рішення можуть бути додатково пропрацьовані й деталізовані.

Вважаємо, що для реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій можна застосовувати *психогімнастику* – курс спеціальних занять (етюдів, вправ, ігор), спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки людини (як її пізнавальної, так і емоційно-особової сфери) [483]. Одна з методик була створена Г. Юновою в колишній ЧРСР у 1929 р. Кожне заняття складається з трьох фаз і охоплює ритміку, пантоміму, колективні ігри й танці:

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

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

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

Як доводять фахівці [113; 472; 478] вагомим позитивом володіє у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій *хатха-йога* – це складова частина індійської йоги, яка передбачає систему фізичних вправ, що спрямовані на вдосконалення функцій внутрішніх органів [472]. Вона складається зі статичних поз (асан), дихальних вправ і елементів психорегуляції. Вплив на організм асан залежить від двох чинників – сильного розтягнення нервових стовбурів і м'язових рецепторів, посилення кровотоку в певному органі (або органах) унаслідок зміни положення тіла. При порушенні рецепторів виникає могутній потік імпульсів у ЦНС, що стимулює діяльність відповідних нервових центрів і внутрішніх органів.

Медики [478] переконані, що хатха-йога допомагає суглобам повернути рухливість, нормалізувати дію опорно-рухової, серцево-судинної і травної систем, а також зміцнити імунітет людини. На тлі постійних стресів виникають психологічні навантаження, в цьому випадку заняття йогою дають змогу розслабитися і зняти емоційну напругу.

У позі «сіршасана» (стійка на голові) збільшується приток крові до головного мозку, в позі лотоса – до органів малого таза. Виконання спеціальних дихальних вправ (дихання, що контролюється), пов'язаних із затримкою дихання, крім нервово-рефлекторного впливу на організм сприяє збільшенню життєвої ємності легень і підвищує стійкість організму до гіпоксії. «Шавасана» («мертва поза») з повною м'язовою релаксацією і зануренням у напівсонний стан використовується для більш швидкого і повного відновлення організму після сильної м'язової напруги в статичних позах. Стимуляція відновлювальних процесів і підвищення ефективності відпочинку відбувається завдяки зниженню потоку імпульсів від розслаблених м'язів у ЦНС, а також посиленню кровотоку в м'язових групах, що працювали [113].

Хатха-йогу можна використовувати в інтенсивних комплексних реабілітаційних програмах. Для цього корисними будуть такі вправи, як черевне і повне дихання йогів, аутогенне тренування (варіант «мертвої пози»), вправи на гнучкість («плуг»), елементи гігієни тіла і харчування. Система «хатха-йога» вимагає виконання асан рано вранці на свіжому повітрі (в парку, лісі, біля моря), а після заняття – обов’язкова повна релаксація (розслаблення) 15–20 хв. У контексті медичної реабілітації військовослужбовців корисними є асани, спрямовані на згинання хребта вперед (Сарвангасана, Халасана, подвійна сіршасана, Пашімоттанасана), згинання хребта назад (Бхуджангасана, Салабхасана, Ваджрасана, Дханурасана). Асани, що впливають на хребетно-рухові сегменти, зміцнюють обертальні м’язи хребта (Ардха-матсієндрасана). Для зміцнення органів дихання використовують дихальні вправи (повне дихання йогів, очисний подих йогів, дихання, що зміцнює нерви) [296].

Загалом використання методів йоги в ігровому форматі дасть змогу забезпечити швидке навчання досить складних вправ, знизити артеріальний тиск, збільшити вміст у крові еритроцитів, гемоглобіну і життєву ємність легенів (ЖЕЛ – максимальна кількість повітря, що видихається після найглибшого вдиху. ЖЕЛ є одним з основних показників стану апарату зовнішнього дихання [179]).

Підтримуючи думку зарубіжних дослідників [112], вважаємо, що при проведенні комплексної реабілітації можна використовувати гру в стилі *джид-кун-до* (бій без правил), автором якої був Брюс Лі. Психологічні аспекти стилю припускають переклад свідомості на рівень стану «активної порожнечі». При цьому досягається внутрішній спокій і організм адекватно реагує на зовнішні і внутрішні подразники, досягається психофізіологічний комфорт при конфліктних або стресових ситуаціях.

Вибір джид-кун-до в комплексній реабілітації військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, пояснюємо, по-перше, можливістю реалізації психотерапевтичних завдань (стати самим собою, тобто навчитися бути

природним; перевести свідомість у стан «тут і зараз», тобто перебувати в стані активної уваги і психологічної зібраності, залишаючись при цьому розслабленим; реалізувати стан «активної порожнечі», коли свідомість відразу виконує правильні дії). По-друге, можливістю поліпшення психоемоційної сфери, що надалі позитивно позначиться на загальному стані здоров'я комбатантів, центральної нервової та серцево-судинної систем.

Зупинимось на розгляді ще одного ігрового методу – *хортинг* – як бойове мистецтво означає засіб досягнення перемоги над озброєним противником, і однією з його методик є вид боротьби без зброї, що рівноцінно боротьбі неозброєним способом. Арсенал хортингу, на думку фахівців [176], володіє прийомами боротьби з декількома противниками, систематизованими й ефективними способами перетворення будь-якого органу або частини тіла у засіб протистояння озброєному противнику. Тому кожний підготовлений хортингіст, який серйозно займається цим видом бойового мистецтва, володіє всім різноманіттям засобів протидії супернику. Серед цих засобів не тільки підготовлені кулаки, а й загартовані ноги, лікті, коліна, і що важливо, – відпрацьований широкий арсенал ефективної кидкової техніки. Кінцівки тіла як засоби техніки самооборони й атаки мають бути відповідно треновані, щоб у разі цілеспрямованої агресії хортингіст міг протистояти нападнику.

Методика викладання хортингу військовослужбовцям-учасникам бойових дій передбачає: визначення рівня фізичної підготовленості комбатантів; розучування та виконання вправ на розвиток сили, швидкості, витривалості; спортивні та військово-прикладні ігри; основи самозахисту; самостраховку; підготовчі вправи; поняття про необхідну самооборону, захист від ударів рукою, ногою; нанесення ударів, захвати, звільнення від захватів; розучування елементів хортингу; захист від раптового нападу; тренування у виконанні базової спортивної та прикладної техніки хортингу; прийоми боротьби з декількома противниками; прийоми відновлення та лікування при небезпечних ураженнях і пораненнях [177].

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

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

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

3. Формування в учасників бойових дій комплексу комунікативних, управлінських умінь і навичок, умінь приймати рішення у ситуаціях, які моделюються у процесі гри.

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

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

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

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

2.4 Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях

Досвід останніх років дає можливість говорити про високу ефективність упровадження активних форм навчання, серед яких найефективнішими та

найпоширенішими ми визнаємо тренінг. В. Могильов [298] вважає, що серед труднощів спілкування у ветеранів й інвалідів військової служби є відстрочені реакції на психотравмувальний стрес і особливо той, який стався в бойовій обстановці або в ситуації, яка була пов'язана із ризиком для життя. Саме для того, щоб зняти, або частково послабити труднощі у спілкуванні для військовослужбовців під час проведення реабілітаційних заходів доцільно використовувати тренінг.

Головні переваги тренінгу К. Рудестам [397] пов'язує з наступними чинниками:

- на тренінгу відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей;
- існує можливість для отримання ефективного зворотного зв'язку і підтримки від усіх військовослужбовців, які мають спільні проблеми та переживання;
- в тренінговій групі військовослужбовець оточений турботою, має змогу адекватно сприймати своїх колег, користується довірою і сам довіряє, отримує допомогу і може сам таку допомогу надати своїм колегам;
- усі учасники тренінгу можуть ідентифікувати себе з іншими, на основі використання сталого емоційного зв'язку, а також під час оцінки власних відчуттів і поведінки;
- групова тренінгова робота може полегшити процес інтроспекції, саморозкриття та самодослідження;
- як метод психологічної допомоги групова робота є більш економічно доступна для військовослужбовців.

У науково-довідковій літературі тренінг розуміють по-різному. Так, у словник сучасної української мови тренінг представлено як тренування, а також спеціальний режим, навчання, виховання, тренування [124]. З точки зору психології – як систематичне тренування або вдосконалення певних навичок і поведінки учасників тренінгу [422]; сукупність психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, спілкування і міжперсональної взаємодії,

комунікативних та професійних умінь. Коло методик, що базуються на різних теоретичних засадах [382]; сфера практичної психології, яка орієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку психічних властивостей [378, с. 423].

У соціологічному контексті тренінг (від англ. train – навчати, виховувати) – це спеціальний тренувальний режим, тренування; процес отримання умінь і навичок у певній галузі [496]. З позиції педагогіки тренінг передбачає «інтенсивне навчання з практичною спрямованістю. На відміну від навчання в рамках освітніх програм, орієнтованого на формування системи знань, тренінг спрямований на розвиток навичок, освоєння учасниками нового досвіду» [33, с. 291].

Науковці по-різному трактують тренінг. Зокрема, у розумінні С. Макшанова [286], тренінг – це багатофункціональний метод спеціальних змін психологічних феноменів людини, групи й організації з метою гармонізації професійного й особистісного буття людини. Особливістю тренінгу А. Осипова визначає цілеспрямоване використання групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи тренера [340, с. 184]. Доволі креативно представляє тренінг Л. Бондарєва, підкреслюючи, що це «уніфікований процес, спрямований на відпрацювання однотипних і передбачуваних схем поведінки засобами стандартних інструкцій та багаторазового повторення і тренування здобувачів» [45, с. 115].

У контексті нашого дослідження цікавими є визначення тренінгу практиками. Так, у розумінні І. Вачкова [122], тренінг є сукупністю активних методів практичної психології. Його використовують з метою формування навичок самопізнання і саморозвитку. Тренінг, як доводить О. Ситников, являє собою синтетичну антропотехніку, «що поєднує навчальну й ігрову діяльність, яка проходить в умовах моделювання різних ігрових ситуацій» [418, с. 144]. На думку А. Грецова, тренінг – це «група методів розвитку здібностей до навчання і оволодіння будь-яким складним видом діяльності, зокрема

спілкуванням» [147, с. 89]. Нам імпонує визначення тренінгу, яке запропонував В. Пузіков[385]. Так, аналізуючи технологію ведення тренінгу, вчений трактує його як будь-яку навчальну програму, або набір процедур, що розроблені з метою отримання кінцевого продукту у вигляді організму, здатного на деяку певну реакцію (реакції) або участь у деякій складній діяльності. На думку Б. Паригіна [346], тренінг доцільно віднести до методів групового консультування (group-counseling) через те, що вони передбачають активне групове навчання навичок спілкування і життя в суспільстві: від навчання професійно корисним навичкам до адаптації до нової соціальної ролі з відповідною корекцією Я-концепції та самооцінки.

У баченні О. Сороки, тренінг – це «нетрадиційна форма організації навчання, спосіб організації активності його учасників з метою здобуття спеціальних знань, вироблення на цій основі умінь і навичок, необхідних для професійної діяльності» [427, с. 261]. На думку В. Лефтерова [269], «тренінгові технології – це науково обґрунтована і практично доцільна сукупність знань і засобів проведення тренінгів із персоналом організації, що сприяє високопродуктивному виконанню організаційних цілей і завдань. Це – унікальна соціально-психологічна реальність, що забезпечує соціальний прогрес у постіндустріальному суспільстві» [270, с. 161].

Нині, в залежності від мети, завдань, учасників груп, науковцями виокремлено різноманітні види тренінгів. Проте, варто наголосити, що загальноприйнятої класифікації ще не вироблено. До прикладу, за критерієм спрямованості впливів виділяють тренінги формування навичок, бізнес-тренінги, управлінські тренінги, соціально-психологічні й психотерапевтичні тренінги тощо.

За напрямом тренінги поділяють на три основних категорії, а саме:

— по-перше, комунікативні тренінги (планування часу, уміння вести переговори, розстановка пріоритетів при вирішенні задач), які позитивно впливають на розвиток індивідуальних ділових якостей людини;

- по-друге, спеціалізовані або професійні тренінги (менеджмент, маркетинг, логістика тощо) сприяють удосконаленню професійної діяльності;
- по-третє, тренінги особистісного зростання (розвиток уваги, пам'яті, лідерських якостей, формування стресостійкості тощо). Їх головна мета спрямована на розкриття потенціалу учасників тренінгу та передбачає формування впевненості у своїх силах, мотивування на нові досягнення [39].

У нашому розумінні тренінгове заняття має бути націлене на вдосконалення спілкування. Так, у цьому контексті, серед різноманіття тренінгів, В. Пузіков [385] виокремлює такі види тренінгів, як тренінг переговорів та впевненості в собі, тренінг формування команди, тренінг розвитку безконфліктної поведінки тощо. Наголосимо, що в основу цих програм покладено соціально-психологічний тренінг – це «галузь практичної психології, що зорієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку компетентності в спілкуванні» [255, с. 423]. На переконання В. Ортинського, саме соціально-психологічний тренінг треба розглядати як своєрідний спосіб «формування знань та окремих навичок у сфері спілкування, а також форм їхньої відповідної корекції через групову практику психологічного впливу, оснований на активних методах групової роботи» [338, с. 204].

У роботі І. Вачкова зроблено основний наголос на груповому психологічному тренінгу, який передбачає сукупність активних методів практичної психології, що «використовують, по-перше, в рамках клінічної психотерапії при лікуванні неврозів, алкоголізму і соматичних захворюваннях; по-друге, для роботи з психічно здоровими людьми, які мають психологічні проблеми, з метою надання їм допомоги в саморозвитку» [122, с. 13]. Психологічний тренінг, у розумінні М. Бітянової [35], – це форма активного навчання, що дає змогу людині «самоформувати» вміння та навички будувати позитивні міжособистісні відносини, продуктивну професійну діяльність, аналізувати ситуації зі своєї точки зору і з позиції свого опонента чи партнера,

розвивати в собі здібності пізнання і розуміння себе та інших у процесі спілкування та діяльності.

Ми повністю підтримуємо О. Євтіхова в тому, що «психологічний тренінг не просто дає змогу виробити і проаналізувати новий досвід, він орієнтує людину на «відчуття себе, свого «Я», дає можливість «доторкнутися» і частково усвідомити в собі те, що зазвичай приховано» [168, с. 18]. Тобто на основі участі у психологічному тренінгу людина має змогу відкрити у собі нові можливості для того, щоб вступити в спілкування з самим собою, з тією вирішальною «частиною себе», яка в повсякденному житті частіше не помічається, або відверто ігнорується, тією «частиною себе», яка ховається за зовнішніми масками і ролями. Окрім цього, «психологічний тренінг активізує прагнення учасників до самопізнання і самовдосконалення, даючи можливість бути «скульпторами» власної особистості» [168, с. 20].

Ще одним цікавим видом тренінгу для роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій є адаптивний тренінг. Ідея цього виду тренінгу виникла у контексті вивчення проблем соціально-психологічної адаптації людини до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. Аналізуючи загальну логіку і конкретні технології адаптивного соціально-психологічного тренінгу, О. Кравченко [249] представив його головну сутність та проаналізував особливості. По-перше, теорія є необхідною ланкою психотерапії, оскільки саме засвоєння військовослужбовцем закладеного в теорії образу людини і несподіване трактування його проблеми ведуть до реабілітації. По-друге, безумовна пріоритетність особистості людини і зосередження основних зусиль для підвищення її задоволеності від різних сторін життя і сфер соціальної взаємодії. По-третє, застосування «трифакторної моделі значимості іншого» (за О. Петровським) для структурування суб'єкт-об'єктних відносин з різними сферами соціальної взаємодії. Ця модель екстраполюється, у розумінні О. Кравченко, у вигляді моделі значимості різних сфер спілкування у вигляді наступних показників: А – атракції, Б – влади, статусу влади, Р – референтності, авторитетності. Організація тренінгової

роботи з виділенням в особистісному полі світосприймання названих показників, дасть змогу будувати стратегію модифікації поведінки військовослужбовців-учасників бойових дій на особистісно-індивідуальному рівні, а також і на соціально-психологічному рівні. По-четверте, потрібна наявність чіткого алгоритму адаптивного тренінгу. Саме на цих моментах зосередимося більш ґрунтовніше.

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

2. Виникає проблема необхідності гармонізувати особистісно-соціальну взаємодію військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях.

3. Розв'язання проблеми за рахунок створення у внутрішньому світі військовослужбовців адекватних механізмів, які дозволяють комфортно будувати взаємини з навколишнім середовищем.

4. Стратегія роботи в межах адаптивного тренінгу безпосередньо охоплює сферу самопізнання і сферу само здійснення, яка відбувається на основі особливостей взаємодії на різних рівнях:

- особистості ↔ загальнолюдської культури;
- особистості ↔ ціннісно-нормативного середовища сучасного українського суспільства;
- особистості ↔ ціннісно-нормативного середовища соціального інституту (насамперед професійного, військового);
- особистості ↔ найближчого сімейно-родинного оточення.

5. Випробування різних стратегій адаптивної поведінки.

6. Якісний та кількісний вимір ходу реабілітаційної діяльності у цілому та підведення конкретних підсумків тренінгу:

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

– експертні оцінки учасників консультативно-методичних груп – оцінка можливостей окремих методик, які використовувалися на тренінговому

занятті;

– експертні оцінки психологів, які здійснювали супервізорські функції, щодо релевантності тренінгу задекларованим цілям [249, с. 109–111].

Варто враховувати той факт, що при розробці тренінгу, що буде використано під час організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій необхідно враховувати послідовність його структурних елементів, а саме:

1) вступну частину – початок тренінгу, вступне слово тренера, обговорення правил роботи, формування очікувань;

2) основну частину – визначення рівня інформованості та актуалізація проблеми, надання теоретичної інформації, формування практичних умінь та навичок;

3) заключну частину – підведення підсумків та коментування отриманих результатів.

У дослідженні О. Сороки [428] структурні елементи тренінгу представлені дещо по-іншому. Так, авторка доводить, що тренінг буде більш ефективним, коли матиме такі складові: 1) привітання – знайомство учасників між собою; 2) спільне вироблення правил роботи в тренінговій групі; 3) оголошення теми тренінгового заняття; 4) розминку; 5) основну частину: вступне слово тренера (міні-лекцію, інформаційні повідомлення, інструкції тощо), різноманітні практичні вправи, ігри з подальшим обговоренням і рефлексією; 6) підбиття підсумків роботи – резюме ведучого; 7) прощання.

Організація та проведення тренінгу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій передбачає виважену діяльність, яка базується на аналізі невербальної комунікації. Зокрема, до невербальних форм спілкування відносять характеристику мови (ритм, темп, інтонацію, паузи), а також проксеміку (взаємне розташування, дистанція і пози). Причому у практичному аспекті було з'ясовано, що найкращим варіантом вважається розташування учасників під кутом від 45 до 90 градусів, що дасть змогу сидіти дуже близько і не тиснути на співрозмовника, в той же час завжди можна зустрітися поглядом

і при необхідності доторкнутися до співрозмовника. Доволі вагомими є рухи і жести, за допомогою яких учасники тренінгу можуть висловити своє позитивне чи негативне ставлення до конкретної події. Виокремлюють два типи жестів і рухів: перші – це ті, що описують поведінку, другі – ті, що підсилюють її. Значний вплив має й міміка, за якою важливо стежити і правильно аналізувати. На основі мімічної реакції можна вчасно змінити чи підкоригувати хід тренінгового заняття. Зоровий контакт також є доволі значним чинником невербальної комунікації під час проведення тренінгу. Отже, при організації тренінгових занять увага до невербальної поведінки військовослужбовців-учасників бойових дій дає змогу тренеру (ведучому) контролювати і оцінювати поведінку.

Дослідження особливостей комунікативної поведінки інвалідів дало змогу Л. Лабунській [298] виділити характеристики, що перешкоджають налагодженню ефективного спілкування. Вважаємо, що при проведенні тренінгу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій тренер повинен враховувати експресивно-мовні характеристики (мову, міміку тощо); соціально-перцептивні явища (помилки у визначенні настрою, стереотипи розуміння іншої людини); види відносин (невідповідність емоційного стану); форми звернення (такт, почуття, ритм); умови звернення (часте звертання).

У нашому баченні з метою більш ґрунтовного розуміння сутності тренінгу доцільно розглянути його специфічні риси, серед яких основними І. Вачков називає такі:

- 1) врахування принципів групової роботи;
- 2) психологічна допомога учасникам групи в саморозвитку;
- 3) наявність більш-менш постійної групи (від 7 до 15 осіб), яка систематично збирається або працює безперервно протягом двох-п'яти днів (так звані групи-марафони);
- 4) просторова організація (робота в зручному ізольованому приміщенні, де усі учасники сидять у колі);
- 5) акцент на налагодженні позитивних взаємин між учасниками групи,

які відбуваються в ситуації «тут і тепер»;

6) використання активних методів організації групової роботи;

7) об'єктивація суб'єктивних почуттів та емоцій усіх учасників групи, проведення невербалізованої рефлексії;

8) атмосфера розкутості й свободи під час спілкування, налагодження позитивного клімату, який гарантує психологічну безпеку [122, с. 13–14].

У своєму дослідженні ми виходили з тих позицій, що обов'язковими елементами для проведення тренінгів є застосування адекватних принципів. Розглянемо найвагоміші з них. Наприклад, Г. Бакірова доводить, що до обрання принципів ефективності тренінгу слід підходити дуже виважено та слідкувати, щоб вони: 1) відображали цілі, завдання і методи тренінгу; 2) характеризували комплекс ефектів, що досягаються за допомогою тренінгу; 3) базувалися на вимірі ефектів тренінгу; 4) використовувалися у якості суб'єктивних оцінок учасників і враховували об'єктивні показники змін у поведінці й діяльності [22, с. 28].

У дослідженні А. Осипової [340] виокремлено такі конкретні принципи проведення тренінгових занять:

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

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

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

– принцип творчої позиції учасників: постійно створюються ситуації, в яких учасникам доводиться проявляти самостійність у розв'язанні завдань, знаходити конструктивні рішення;

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

З'ясовано, що ефективність тренінгу залежить від комплексу методів і технік, що використовують під час його розробки. У навчальному посібнику під авторством В. Пахальяна, метод – це «спосіб досягнення мети; система способів, за допомогою яких людина пізнає світ, освоює і перетворює об'єкти дійсності, що містить загальні принципи і конкретні прийоми поведінки з тими чи іншими предметами» [348, с. 31]. До тренінгових методів відносять різноманітні засоби навчання – ділові та рольові ігри, ситуаційні завдання, семінари, мозковий штурм, групову дискусію, доповідь, інформаційні повідомлення тощо. До базових методів тренінгу традиційно відносять групову дискусію і ситуаційно-рольові ігри [351]. Так, у роботі І. Вачкова [122] цей список доповнено корекційними, психотерапевтичними та навчальними методами. Цікавою у практичному плані є класифікація тренінгових методів, розроблена І. Вачковим, яка представлена п'ятьма групами, а саме: групова дискусія (структурована, неструктурована; тематична, біографічна, інтеракційна); ігрові методи (ситуаційно-рольові, дидактичні, творчі, організаційно-діяльнісні, ділові та імітаційні ігри); методи, спрямовані на розвиток соціальної перцепції (вербальні й невербальні техніки); методи тілесної терапії; медитативні техніки.

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

Використання *ігрових методів* у тренінгу, у нашому переконанні є надзвичайно продуктивним. Їх можливо застосовувати на першій стадії групової роботи для подолання скутості й напруженості військовослужбовців, безболісного зняття «психологічного захисту». Крім того, ігри можуть бути чудовим інструментом діагностики і самодіагностики, що дасть змогу ненав'язливо, м'яко та легко виявити труднощі у спілкуванні та встановити серйозні психологічні проблеми. Слід враховувати той факт, що ігри допомагають «закріпити» нові поведінкові вміння й навички, набуті нові способи оптимальної взаємодії з іншими людьми. Потенціал ігрових методів у тренінговій роботі детально описано в п. 2.2.

Підтримуючи погляди психологів [122; 297; 385], вважаємо, що важливими тренінговими методами у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, є *методи, спрямовані на розвиток соціальної перцепції*. Учасники групи розвивають уміння адекватно сприймати, розуміти й оцінювати інших людей, самих себе, свою групу. У ході тренінгових занять вони отримують вербальну і невербальну інформацію про те, як їх сприймають інші учасники групи, наскільки точно вони сприймають самих себе. При цьому розвиваються вміння глибокої рефлексії, смислової й оцінювальної інтерпретації об'єкта сприйняття.

Цікавими у практичному плані є *методи тілесно-орієнтованої психотерапії*, автором яких вважається В. Райх. Виділяють три основні підгрупи прийомів: робота над структурою тіла (техніка Ф. Александера, метод Фельденкрайза), чуттєве усвідомлення і нервово-м'язова релаксація, східні методи (хатха-йога, тайчи, айкідо) [122]. Дамо їм характеристику. Так, техніка Ф. Александера – це комплекс вправ, що допомагає людям правильно використовувати власне тіло, гармонійно задіювати власні м'язи. В основі цього методу лежить думка про те, що у кожної людини протягом життя виробляються звички неправильного використання свого тіла, що виражається в манері тримати поставу і здійснювати такі рухи, які неминуче призведуть до додаткового надмірного навантаження на опорно-руховий апарат, що є однією

з основних причин порушення функціонування організму в цілому. Головна небезпека цих звичок криється в тому, що людина з часом до них звикає і починає сприймати їх як звичайні природні процеси. Ця техніка дає людині можливість насолоджуватися життям так, як вона сама цього хоче, а не так, як дозволяє їй власне тіло, адже незалежно від того, усвідомлює людина це чи ні, стан її тіла є дзеркальним відображенням якості її життя [237].

Метод М. Фельденкрайза не є різновидом лікувальної фізкультури, або масажною технікою, оскільки він передбачає процес навчання, що має терапевтичний ефект. В основі методу покладено науковий підхід і комплексне розуміння функціонування і розвитку нервової системи людини. При роботі з тілом і рухами він перегукується зі східними практиками, проте є більш функціонально-орієнтованим. Роботу за методом М. Фельденкрайза можна здійснювати в двох формах – індивідуальній і груповій. У процесі індивідуальної або функціональної інтеграції тренер-практик допомагає людині по-новому відчувати своє тіло, знайти найбільш раціональні способи руху і прояву комплексних функціональних змін на рівні нервової системи (рух використовується як «мова мозку»). Під час групової (уроків усвідомлення через рух або «трансформувальні уроки руху») інструктор голосом скеровує учасників за допомогою спеціально розробленої серії рухів на різні теми. При цьому рухи мають бути м'якими, повільними [289].

Особливим тренінговим методом, який користується популярністю як серед тренерів, так і серед військовослужбовців, є *психогімнастика* – це ігрові психологічні вправи, використання яких в ході тренінгу носить багатоцільовий характер. Рольова гра – ігровий метод, предметом вивчення якого є закономірності міжособистісного спілкування військовослужбовців [422]. Кожному з учасників рольової гри пропонується виконати роль відповідно до їхніх власних уявлень про характер і манери поведінки персонажа, а також ситуацію, яку пропонується розіграти за ролями. При цьому інші учасники тренінгу виступають як глядачі-експерти, яким належить обговорити, хто був достовірніше, чия лінія поведінки була більш правильною (адекватною), хто

був переконливішим. Після розігрування сюжету проводиться обговорення побаченого (реалізованого в ігровій формі вирішення ситуації).

Ще одним методом є релаксаційні вправи – це система прийомів саморегуляції, спрямованих на різні функції організму з профілактичною метою [422]. У стані релаксації краще використовувати методи аутогенного тренування, що дає змогу активно управляти вищими психічними функціями (наприклад, зміцнювати силу волі, поліпшувати увагу), регулювати частоту скорочень серця, нормалізувати дихальний ритм, зменшувати й навіть знімати больові відчуття, у короткий термін відновлювати духовні й фізичні сили [395].

Окремо хотілося б зупинитися на тренінгових методах, що використовують у роботі з військовослужбовцями, які відчувають страхи – деструктивні емоційні стани, які несуть негативне забарвлення. Зокрема, психологи [396] наголошують, що поруч із негативним соматичним впливом вони, через свій астенічний вплив на емоційно-вольову сферу особистості, ускладнюють виконання професійної діяльності. Будучи за своєю сутністю дезадаптивним астенічним явищем, яке може набувати критичної інтенсивності, професійний страх перешкоджає оптимальному здійсненню суб'єктом професійної діяльності, інколи навіть унеможлиблюючи її.

Окрім цього, важливим аспектом негативного впливу зазначеного психологічного феномену, на думку О. Скрипкіна [421], є його сприяння розвитку психічної неспроможності військовослужбовців продовжувати свою фахову діяльність, зокрема, розвитку синдрому професійного вигорання, що призводить до їх подальшої професійної дискваліфікації. Йдеться про метод систематичної десенсибілізації, розроблений Дж. Вольпе. Сутність цього методу полягає у профілактиці неадаптивної (у тому числі невротичної) поведінки особистості, шляхом виключення страху або тривоги, яке має відбутися через поєднання за часом рефлексу відчуження страху й протилежного рефлексу (заспокійливого), тобто реципрокність (взаємне виключення) емоцій [421].

Наступним тренінговим методом є метод імплізивної терапії, розроблений Т. Штампфлем, у версії «тривала експозиція стимулів». Цей метод побудований на гіпотезі, що невротична поведінка, особливо сильна тривога, формується як механізм уникнення, з метою боротьби з витисненими зі свідомості психотравмуючими переживаннями, і що стійкість тривоги стає можливою завдяки відносному успіху уникнення. Відмінність методу «тривала експозиція стимулів» від методу систематичної десенсибілізації полягає в тому, що пацієнтові пропонується або уявляти себе в найбільш страшаючих ситуаціях протягом тривалого періоду без релаксації, або перебувати в них. Експозиція стимулів в терапії страхів використовується у двох формах: у реальності (In Vivo) і в уяві (In Sensu). Часто обидва способи експозиції становлять єдину процедуру – клієнт спочатку звикає до страшних стимулів в уяві, потім домагається того ж у реальності. Мета імплізивної терапії – штучно викликати інтенсивний страх, який приведе до зменшення страху в реальній ситуації. Придушення страху відбувається в результаті тривалого перебування в ситуації, яка викликає страх, через формування нового динамічного стереотипу уявлення про ситуацію та усвідомлення ненастання наслідків, які раніше лякали можливістю свого настання. Зазначені психотерапевтичні методи первинно протистоять один одному за принципом дії, хоча у поєднанні дають змогу нормалізувати стан емоційно-вольової сфери військовослужбовців в умовах професійної діяльності шляхом здійснення психологічної профілактики виникнення й розвитку тривожних розладів [421].

Як зазначалося вище, ефективність тренінгу залежить не тільки від методів, але й від тренінгових технік, що характеризують загальний спосіб і особливості тренінгового впливу. Фахівці [122] розрізняють чотири основних тренінгових техніки, а саме:

- 1) інформаційна техніка використовується для досягнення потрібної орієнтації військовослужбовців на роботу у групі, або передачі їм необхідних відомостей. У рамках цієї техніки можливе використання навчальних фільмів, відеозаписів, лекцій, конференцій, групових дискусій;

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

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

4) груподинамічні вправи, що орієнтовані на удосконалення соціальної компетентності військовослужбовців – культури ділового спілкування, злагодженості дій у команді, вміння запобігати або конструктивно розв'язувати конфліктні ситуації, які виникають під час реалізації ратної діяльності.

Хотілося б зупинитися на *техніках активного слухання*, які доволі часто використовують при проведенні тренінгів, оскільки вони, при вмілому використанні, дають значний позитивний результат і допомагають військовослужбовцям розкритися, «витягнувши» назовні приховані емоції й відчуття. Зазвичай, їх використовують при проведенні бесіди, яку включають у контекст тренінгу.

Способів ведення бесіди може бути декілька, а саме:

- негативна оцінка, ігнорування та егоцентризм;
- випитування, зауваження про хід бесіди – це проміжні техніки або техніки пасивного слухання;

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

1) промовляння – співрозмовник дослівно повторює слова партнера, при цьому доцільно розпочати з таких конкретних фраз: «Іншими словами, ви вважаєте ...», «Як я зрозумів вас ...», «На вашу думку...»;

2) перефразування – співрозмовник відтворює висловлювання партнера в узагальненому та дещо скороченому вигляді, при цьому коротко формулює найсуттєвіше: «Отже, вашими основними ідеями, є ...»; «Таким чином ...»;

3) розвиток ідеї – співрозмовник має прагнути зробити висновок на основі висловлювання партнера: «Ви так вважаєте, мабуть, тому, що ...», «Якщо виходити з того, що ви сказали, то...» [385, с. 109].

Названі ступені вербалізації розрізняються лише ступенем переробки інформації. При цьому, співрозмовник сам визначає, який з них застосувати в даному випадку. Повністю підтримуємо В. Пузікова в тому, що «основним у вербалізації є те, що вона змушує партнера слухати. Якщо людина хоче повторити висловлювання партнера, вона повинна його вислухати і почути, тому вербалізація і називається активним слуханням – вона змушує активно слухати співрозмовника, тобто прикладати до цього зусилля» [385, с. 111].

При організації і проведенні тренінгових занять з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, слід враховувати той факт, що вербалізація виконує низку важливих функцій, а саме: дає змогу зібрати інформацію; відображати найбільш важливу інформацію; з'ясувати, чи правильно зрозумілі слова партнера; допомагає краще запам'ятати інформацію; допомагає осмислити інформацію; зробити важливі підсумки; допомагає триматися в руслі проблеми; є засобом орієнтації на партнера; допомагає партнеру краще зрозуміти свою проблему; «закріпити» точку зору партнера; дає час на обдумування; дає змогу використовувати механізм паузи.

Ще одними доволі розповсюдженими тренінговими техніками є *медитативні техніки*. «Медитація – це система духовної практики, яка дає змогу наблизитися до центру свого «Я» і тим самим прийняти на себе відповідальність за зміст своїх думок» [122, с. 78]. У сучасних тренінгах використовують різноманітні «медитативні» техніки, засновані на релаксації, елементах аутотренінгу, сугестивних і аутосугестивних прийомах. Як правило, їх відносять до медитацій-візуалізацій, оскільки практично завжди вони пов'язані зі створенням зорових образів. З'ясовано, що кожна психотехніка містить три структурні частини: 1) психологічні впливи, спрямовані на релаксацію учасників і перехід до спокійного, неконцентрованого стану свідомості; 2) візуалізація, яку читає ведучий; 3) поступовий вихід з розслабленого стану.

Наголосимо, що будь-яка психотехніка триває приблизно 15–20 хвилин. Під час медитації-візуалізації учасники лежать на спині, або сидять у «позі

кучера» на стільцях із закритими очима. При цьому поза повинна бути зручною, щоб під час вправи не виникало бажання змінити її.

При підготовці текстів по медитації-візуалізації необхідно враховувати те, що, події, які уявляють військовослужбовці відбуваються в теперішньому часі (за винятком спеціальних установок на позитивне самопочуття після закінчення вправи). Усі дії, установки повинні носити лише позитивний, життєстверджувальний настрій, тому не можна вживати частку «ні». Для того, щоб учасники краще розслабилися, необхідно говорити про «тепло», «м'якість», «розслабленість» тощо. Після завершення техніки обов'язково проведення дебрифінгу – отримання зворотного зв'язку від кожного з членів групи з якомога повнішим описом власних відчуттів, емоцій і станів. Тренери-практики [122; 385] радять проводити медитації-візуалізації щодня в чотирьох-п'ятиденному тренінгу, а в тривалих тренінгах (12–15 днів) – цілком прийнятно і двічі на день, особливо при сильній стомлюваності учасників групи.

Окремою групою тренінгових технік є такі, що базуються на використанні психодрами та рольових ігор. У практичному аспекті цікавим є виокремлення Д. Кіннером [222] групи базових технік, універсальних за можливостями їх застосування до психологічних або поведінкових проблем. Розглянемо їх детальніше:

1) представлення самого себе (самопрезентація), що передбачає серію короткотривалих рольових дій, у яких кожен учасник має змогу зобразити самого себе;

2) виконання ролі, що базується на імітації поведінки конкретної людини або неживого предмета – страху, смерті, невпевненості тощо;

3) діалог, який допомагає на основі використання рольових ігор зобразити взаємини між реальними людьми, де кожен грає самого себе, наприклад, у сімейній психотерапії;

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

5) репліки в сторону – в ситуації рольової гри, в якій головний герой

спілкується з допоміжною особою і каже вголос, що він дійсно думає, відчуває або збирається робити;

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

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

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

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

У контексті нашого дослідження цікавим є досвід, який описано у роботі О. Караяні [217]. Зокрема науковець проводив соціально-психологічний тренінг на розвиток Я-концепції інвалідів та учасників війни в рамках реабілітаційної акції «Пам'ять і милосердя» в період з 4 по 25 листопада 2002 року в ЦМР «Русь». Військовий психолог переконаний, що соціально-психологічний тренінг для військовослужбовців-учасників бойових дій спрямований, у першу чергу, на діагностику, розвиток і корекцію самосприйняття учасниками своїх комунікативних якостей, найбільш значущих цінностей і антицінностей. Учений розробив методичну схему, що передбачає послідовну реалізацію цільових установок тренінгу на кожному занятті зі збереженням повсякденної, наскрізної орієнтації на забезпечення поглибленого самопізнання учасників, переформування їх когнітивного простору, відчуття цінності власної особистості, формування впевненості у власних можливостях.

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

Результати проведеного О. Караяні [217] тренінгу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, засвідчили позитивні зміни в показниках самосприйняття і розвитку комунікативних здібностей більшості учасників. Це підтверджує нашу думку про те, що тренінгові технології є доволі ефективною формою реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, оскільки тренінг дає змогу учасникам глибше пізнати свої психологічні та особистісні характеристики, скорегувати когнітивну модель життєдіяльності, відновити відчуття цінності власної особистості, зміцнити впевненість у своїх силах, знизити почуття ізольованості, психологічного дискомфорту, сформувати вміння і навички ефективної взаємодії, навчити прийомам психічної саморегуляції, знизити тривожність, агресію, відновити особистісну цілісність та контроль над подіями.

Сьогодні тренінг активно використовують в Україні у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Йдеться про тренінги особистісного зростання й тренінги формування вмінь виявляти приховані ресурси особистості, запускати механізми саморозвитку, рефлексії; соціально-психологічні тренінги, наприклад тренінг «Сила духа», який спрямований на

підвищення рівня професійної комунікації, розвиток навичок встановлення психологічного контакту з громадянами будь-якої категорії; тренінг «Вижити та врятувати», спрямований на навчання використовувати особистісні ресурси для подолання психотравмуючої ситуації, спрямовані на зниження рівня тривоги, набуття навичок тілесного та емоційного розслаблення, підвищення рівня емпатії та вміння отримувати підтримку від колег у надзвичайній ситуації [271]. Ці тренінги були впроваджені в практичну діяльність фахівців МНС відділенням впровадження психотренінгових технологій Харківського національного університету цивільного захисту України.

2.5 Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців-учасників бойових дій

Науковці [46; 47; 233] стверджують, що найвагомим фактором соціалізації особистості виступає сім'я. У розумінні В. Сатир, «нормальна сім'я» як система містить такі елементи: основні елементи (чоловіки і жінки, дорослі і діти); мету (виховання підростаючого покоління і подальший розвиток всіх її членів); порядок функціонування елементів системи (правила, за якими живе родина, тип спілкування між її членами, особливості їх самооцінки); енергетика системи (енергія їжі, води, повітря, активність і життєві позиції членів сім'ї в їх поєднанні один з одним); взаємодію з зовнішнім світом (відношення сім'ї до змін життя) [405, с. 52].

Дослідники [118; 165; 167; 406] переконані, що в разі відсутності будь-якого з елементів або їх неефективного функціонування, сім'я потребує допомоги. Враховуючи той факт, що сім'ї військовослужбовців-учасників бойових дій, доволі часто, не в змозі самотійно вирішувати проблеми соціального, психологічного, побутового характеру, вони потребують допомоги.

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

Сьогодні сім'ї військовослужбовців стикаються з безліччю проблем різного характеру, причому частіше вони змушені розв'язувати їх самостійно без підтримки з боку держави і соціальних установ. Науковці [169; 195; 205; 215; 272] по-різному визначають проблеми сімей, зосереджуючи увагу на характерних ознаках сімей комбатантів або на чинниках, що по-різному впливають на функціонування сім'ї:

- сім'я функціонує без одного з батьків, чоловіка (чи дружини) впродовж тривалого часу;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця на свята, дні народження і спеціальні події, оскільки він може перебувати на навчанні, або виконанні бойового завдання;
- якщо військовослужбовець не задіяний у воєнних операціях, військова служба часто охоплює подовжений робочий день;
- структура сім'ї налаштовується таким чином, щоб поставити військову службу понад усім і функціонувати за умов відсутності одного з її членів;
- кожен член сім'ї має справу з дистресом потенційного неповернення коханої людини додому з війни або бойового завдання, або ж повернення зміненої людини – психологічно і / або фізично;
- можливість домашнього насильства, особливо після впливу на військовослужбовців травматичних бойових ситуацій [256];

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

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

- високий рівень агресивності батьків-військовослужбовців [44].

Ще однією суттєвою проблемою в сім'ях комбатантів дослідники [516] називають реінтеграцію. Під час розлуки подружжя живе окремим життям. Відокремлений військовослужбовець функціонує в межах бойової одиниці, за яку він несе відповідальність, натомість вдома його дружина виконує роль чоловіка і справляється з робочим навантаженням, яке раніше було розподілене на двох. Тому проблеми неминуче виникають тоді, коли військовослужбовець повертається і розраховує відновити стосунки на тому рівні, на якому вони існували до військового відрядження. Незалежність дружини стає «проблемним» фактором, який заважає чоловіку повернутися і він намагається реінтегруватися у родину.

Сім'я учасників локальних збройних конфліктів закономірно знаходиться в центрі уваги фахівців із соціальної роботи, а її проблеми становлять одну з найважливіших сфер його професійної діяльності. У практичному аспекті така діяльність вимагає приділяти постійну увагу роботі з сім'ями, надавати їм всебічне сприяння і допомогу у вирішенні широкого кола соціальних питань:

- практичної роботи з сім'ями військовослужбовців, ветеранів військової служби, постійно і на всіх рівнях розгляду умов їх життя;

- стану моральної атмосфери в їх сім'ях, утвердження в них здорового способу життя;

- розгляду питань надання житла, фінансового забезпечення, матеріальної допомоги, врахування потреб молодих і багатодітних сімей, сімей військовослужбовців, які загинули під час виконання своїх службових обов'язків;

— прояву турботи про організацію дозвілля та сімейного відпочинку, оздоровлення дітей, активного використання можливостей культурно-просвітніх установ і спортивних споруд в інтересах задоволення духовних запитів, розвитку творчих здібностей і фізичного загартування членів сімей;

— роз'яснення членам сімей учасників локальних збройних конфліктів спрямування зусиль на підвищення престижу міцного сімейного союзу, материнства і батьківства, відповідальності подружжя за збереження сім'ї, створення в ній обстановки високої моральності і взаємної поваги; надання допомоги багатодітним і молодим сім'ям, сім'ям загиблих військовослужбовців; працевлаштування жінок, розвитку форм надомної роботи [156, с. 107].

Аналізуючи особливості роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців, В. Багрій приходить до висновку, що «соціально-педагогічна діяльність з сім'єю військовослужбовця – це різновид професійної діяльності, спрямований на створення сприятливих умов функціонування сім'ї, соціалізації та всебічного розвитку її членів, задоволення її соціокультурних потреб, налагодження або відновлення соціально схвалених способів її життєдіяльності» [21, с. 8]. Як наголошують фахівці, головним результатом соціально-педагогічної діяльності з сім'єю є «формування у членів родини здатності до самовизначення, саморегуляції, адаптації до нових змінних умов, відповідно до можливостей та особливостей нового соціального середовища» [430, с. 266].

Американські дослідники [554] серед завдань психологічної допомоги сім'ям ветеранів, які були учасниками бойових дій наголошують на таких:

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

2) подолання випадків насильства в сім'ї (з 600 обстежених ветеранів, кожен третій здійснював акти насильства по відношенню до інших членів

сім'ї), зловживання алкоголем і наркотиками, прагнення до тривалої відсутності в сім'ї;

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

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

Українські вчені [324; 328; 367; 432, с. 183; 435] конкретизують завдання щодо роботи з сім'ями військовослужбовців, які мають здійснювати соціальні працівники: інформування сім'ї про наявність певних соціальних пільг; психологічна підтримка і відновлення; соціальна та юридична консультація; педагогічна корекція дітей, подолання труднощів у їхньому навчанні; організація елементів малого виробництва, кооперативних форм праці, груп самопомоги і взаємодопомоги; навчання і перенавчання цивільних професій; сімейне консультування з метою адаптації до життя; культурно-дозвілєва діяльність.

Підкреслюючи важливість соціальної підтримки ветеранів для успішної реадаптації, Б. Грін [518] відзначав, що її відсутність, як правило, дає зворотний ефект. Крім того, доволі часто та частина ветеранів, яка в більшій мірі потребує соціальної та психологічної підтримки, нерідко, не в змозі нею скористатися. При цьому досить часто ветерани просто ізолюються від сім'ї і друзів. Аналізую це явище, Д. Вільсон прийшов до висновку, що ветерани створюють своєрідний запобіжний «заслін» навколо себе, щоб зберегти контроль над власними інтимними переживаннями, пов'язаними зі значущими людьми. Він вважає, що це прагнення до психологічної дистанції і відстороненості викликано військовим досвідом ветерана. Тому вже в мирних умовах вони продовжують контролювати глибину власних інтимних переживань і відносин, боячись знову відчути душевний біль, пов'язаний із втратою близької людини. При цьому тенденції до подолання відчуженості при нездатності до відкритого вираження своїх переживань може проявлятися

в напруженості, дратівливості, конфліктах з близькими людьми, жорстокому поводженні з дітьми [276; 555].

При цьому необхідно враховувати, що до типових поведінкових девіацій для професії військовослужбовця, який був задіяний у проведенні бойових дій відносять так звану командну (командирську) поведінку. Вона характеризується перенесенням традицій військової дисципліни на взаємини з близьким оточенням. Поведінка з відхиленнями відрізняється підвищеною вимогливістю до себе і оточуючих. Її основою є надмірна дисциплінованість, чітке дотримання розпорядку за графіком, послідовності діяльності. Цей вид девіації передбачає наявність епілептоїдних рис характеру: пунктуальності, схильності до порядку у вигляді любові до симетрії, чистоти, акуратності, ощадливості. «Стереотипізація повсякденного життя, казармений тип взаємин нерідко призводять до конфліктів у сім'ї. Військовослужбовець в разі порушення членами сім'ї заведеного ним порядку може проявляти спалахи гніву, ставати дратівливим і нестриманим» [254, с. 45].

Визначальним фактором, що впливає на емоційний стан інваліда, визначення діяльності в якості реабілітації та адаптації, є сім'я. Люди з обмеженими можливостями, зумовленими хворобою, інвалідністю, відчують підвищену необхідність в опорі на близьких їм людей. Вони усвідомлюють, що їх доля в значній мірі залежить від позиції сім'ї. Від нестачі знань, культури, особистісних особливостей членів сім'ї і ряду інших чинників виникають різні типи реагування, а відповідно і поведінки їх у зв'язку з появою в сім'ї інваліда. Цей момент, як правило, супроводжується «потрясінням, призводить близьких до стресового стану, викликає почуття розгубленості і безпорадності» [298, с. 49].

Відомо, що в одних випадках у сім'ї існує нерозуміння ситуації, що склалася, і в зв'язку з цим можлива пасивна реакція близьких. В інших випадках спостерігається «раціональне ставлення до появи в сім'ї інваліда або прояв гіперактивності близьких, пошук кращих лікарів, реабілітаційних центрів тощо» [298, с. 49].

Медики [208] вважають, що при наданні медико-психологічної допомоги родичам загиблих існують три періоди у динаміці психічного стану членів їхніх сімей, а саме:

1) «етап очікування» – характеризується яскраво вираженим нервово-психічним напруженням, обумовленим надією на неправдивість отриманої інформації про загибель військовослужбовця. У цей період спостерігаються психологічні стресові реакції з переважанням астено-депресивних і психоастенічних реакцій. На даному етапі найбільш ефективним психокорекційним заходом є фармакологічна корекція, спрямована на нормалізацію функціонального стану. Водночас, психологічна корекція дає лише відносний позитивний ефект;

2) «етап дозволу» – починається з моменту появи офіційних повідомлень про загибель військовослужбовців, триває близько 3 діб і супроводжується агресивними, істероїдними і фобічними реакціями, нерациональними формами поведінки. Негативні емоції переважають над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. На даному етапі найбільш ефективними психокорекційними заходами є соціальна підтримка і фармакологічна корекція функціонального стану родичів. Психологічна корекція (зокрема, раціональна психотерапія і сугестивні методи) дає незначний ефект;

3) «етап відносної стабілізації психічного стану» – характеризується наявністю переважно астеничних, астено-депресивних і сенситивних реакцій. На даному етапі відмічається відносне переважання раціонального компонента над негативними емоційними реакціями. Найбільш ефективними заходами в цей період, на відміну від попередніх, є методи психологічної корекції (раціональна психотерапія, сугестивні методи корекції) на тлі фармакологічної підтримки. У цей час у родичів загиблих військовослужбовців-учасників бойових дій проявляються психосоматичні розлади, загострюються хронічні захворювання.

Таким чином, колектив медиків зазначають, що в перший час найбільш ефективним методом є фармакокорекція, спрямована на нормалізацію сну. В окремих випадках з цією ж метою можна використовувати сугестивну терапію. На наступних етапах позитивне значення має раціональна психотерапія. Крім фармакокорекції й психологічної корекції застосовуються методи електрофізіологічної корекції (транскраніальний вплив) функціонального стану. У кабінеті психологічного розвантаження, технічно оснащеному телевізором, відеомагнітофоном, аудіомагнітолою, комплектами аудіо- та відеокасет, проводять відповідні корекційні курси. Ефективною є групова психотерапія у формі бесід, основним завданням яких є формування в родичів адекватного уявлення про те, що їхні рідні загинули, але життя триває і треба налаштовуватися на вирішення насущних проблем. Фахівці [208] наголошують на тому, що треба враховувати той факт, що концентрація значної кількості людей, які перебувають у стані вираженого емоційного стресу у відносно невеликому просторі, створює сприятливі умови для взаємного психічного індукування, швидкого розвитку істероїдних реакцій та інших нераціональних форм поведінки.

Різка зміна соціального статусу і матеріального становища сім'ї (нерідко в поєднанні з побутовою невлаштованістю), тяжкий психологічний стан глави сім'ї не можуть не позначитися на всіх її членах. Наукові дослідження, проведені в останні роки [156], підтверджують, що потрібно надавати соціально-психологічну допомогу не тільки колишньому військовослужбовцю або ветерану «гарячих точок», а й усім його близьким: батькам, дружині, дітям. Саме тому сімейна психотерапія є надзвичайно актуальною для позитивної адаптації як самого військовослужбовця-учасника бойових дій, так і всієї родини: як до умов несення військової служби, так і до мирних умов життєдіяльності.

Фахівці по-різному визначають сімейну психотерапію. Так, зарубіжні психологи [303; 449] переконані, що це особливий вид психотерапії, спрямований на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення

емоційних розладів у сім'ї, найбільш виражених у хворого члена сім'ї. Підтримуючи системний підхід, О. Бодальов [376] трактував сімейну психотерапію як будь-яку форму психотерапії, що займається з сім'єю як з групою, включаючи подружжя, дітей, дідусів і бабусь, інших членів сім'ї, а також прийомну сім'ю і некровних родичів. При цьому сімейна психотерапія працює з усією сім'єю (її структурою, формами взаємин, стилем взаємодії).

У розумінні Е. Ейдемільера й В. Юстицкис [495], сімейна психотерапія – це галузь психотерапії, що охоплює вивчення сім'ї та впливу на неї з метою профілактики психогенних захворювань, а також подальшої соціально-трудоваї реабілітації осіб, які виписалися з клінік. З позиції клінічної психології [227], сімейна психотерапія є напрямом сучасної психотерапії, при якій «клієнтом» для сімейного терапевта виступає не індивід, не професійна група, а сім'я. При всій різноманітності трактувань, можемо простежити подібність у тому, що всі дослідники відносять сімейну терапію до психотерапії (форма, галузь, напрям). При цьому об'єктом психотерапевтичного впливу є сім'я.

На обов'язковості проведення сімейної психотерапії наголошували як зарубіжні [246; 257; 258; 406; 416; 417; 455], так і вітчизняні [229; 247; 250; 329; 332; 410; 459; 479; 497] дослідники. Так у американському дослідженні, після війни США в Афганістані та Іраку перша загальна рекомендація стосувалася того, щоб тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію сім'ї як цілісної системи, а не тільки її селективних частин [547].

Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих військовослужбовців-учасників бойових дій їхні відносини в сім'ї. Дослідники [123; 148] виділяють два аспекти роботи з сім'ями учасників бойових дій – роботу з ними як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги комбатантам, які повернулися з війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців.

Успіх соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів і членів їх сімей багато в чому залежить від уміння обрати найбільш доцільні форми і методи роботи, врахування специфіки особливостей різних категорій військовослужбовців. Зокрема, «реалізуючи принципи адресності та гнучкості, організатори соціальної роботи тим самим доходять до конкретної людини через сім'ю, в чому, власне, і полягає сенс цього виду службової діяльності» [156, с. 107].

Результати дослідження В. Березовця [30] показали, що успішна соціально-психологічна реабілітація ветеранів має позитивні кореляції з факторами сімейного благополуччя. Зарубіжні дослідження допомоги ветеранам показують, що зміна відносин у сім'ї може мати ключову роль у процесі здійснення психологічної допомоги ветеранам.

Будь-яка психологічна допомога сім'ям військовослужбовців-учасників бойових дій повинна ґрунтуватися на чотирьох головних *принципах*:

- 1) повазі до інтимних сторін життя сім'ї;
- 2) інформування сім'ї про можливі психологічні наслідки війни;
- 3) поєднанні психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, у тому числі з боку сімей інших ветеранів;

4) психотерапевтичному втручанні в життя сім'ї, яка повинна передбачати: обережне вивчення джерел стресу в родині; визначення, які способи поведінки для боротьби з виниклими психологічними труднощами використовують у сім'ї, а які ні; інформування сім'ї про різні способи подолання наслідків травматичного стресу; допомога у створенні в родині системи взаємної підтримки; допомога в мобілізації тих сторін сімейних відносин, які здатні її зміцнити і забезпечити розв'язання психологічних проблем [556, с. 10–12].

З огляду на принципи сімейної терапії, важливо враховувати той факт, що сім'я повинна отримувати терапію в своєму повсякденному середовищі, в домашніх умовах. Відпочинок та санаторні сімейні програми можуть бути

корисними, проте для стійких позитивних змін у сімейних відносинах, терапія повинна відбуватись у сімейному природному середовищі, вдома [550].

Зарубіжні вчені [530] пропонують розв'язувати сімейні проблеми у груповому форматі, оскільки, по-перше, група полегшує фасилітацію [549], по-друге, приємна атмосфера групи контрастує з симптоматикою травми і тому забезпечує лікувальний ефект, по-третє, моделюється радісне приємне середовище для зцілення.

При проведенні психологічної реабілітації фахівці [554] рекомендують використовувати мультимодальну форму сімейної психотерапії, яка містить: індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами; заняття в групах, що складаються з декількох сімейних пар для вдосконалення комунікативної компетентності, створення системи взаємної соціальної підтримки.

На сучасному етапі розвитку сімейної психотерапії одним із найбільш перспективних напрямів з економічної і терапевтичної точок зору прийнято вважати системний. Його представники розглядають сім'ю як цілісну систему. При цьому підході окрема людина не є клієнтом і об'єктом впливу, клієнтом є вся сім'я.

Сімейна психотерапія, яка орієнтована на зміну процесів психологічної природи – стосунків у сім'ї військовослужбовця, особистісних спотворень її членів, взаємне задоволення потреб кожного з них і базується на застосуванні психологічних закономірностей спілкування і процесів підсвідомості, свідомості й самосвідомості особистості.

Сімейна психотерапія реалізується за такими *стратегіям*: психотерапія сім'ї й самою сім'єю. При цьому можливі такі її *форми* – індивідуальна з кожним членом сім'ї військовослужбовця-учасника бойових дій; спільна психотерапія подружжя й інтегративна (змішана) психотерапія. Будь-які з цих форм можуть бути короткостроковими і довготривалими.

Можливими напрямками взаємодії між фахівцем соціальних служб (соціальним працівником, психологом, сімейним психотерапевтом), сім'єю

військовослужбовця і особистістю (самим військовим) у процесі проведення сімейної психотерапії будуть такі:

- 1) фахівець – особистість – і через особистість допомога сім'ї;
- 2) фахівець – сім'я і через сім'ю допомога окремому члену сім'ї (військовослужбовцю-учаснику бойових дій);
- 3) фахівець – особистість у сім'ї (інтеграційна допомога особистості).

Ми переконані, що головною умовою при проведенні сімейної терапії є збереження психологічного здоров'я сім'ї. Аналіз праць зарубіжних дослідників [416; 417; 473; 474] дав змогу сформулювати цілі сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців учасників бойових дій (табл. 2.9). Основу увагу ми зосереджували на комбатанті, оскільки саме він є головним об'єктом впливу при проведенні сімейної психотерапії, одночасно він є «збудником» несприятливого психологічного клімату в сім'ї, оскільки процес його адаптації до умов мирного життя, як правило, протікає з ускладненнями.

Таблиця 2.9

Цілі сімейної психотерапії з різних наукових підходів

Автор	Цілі сімейної психотерапії
Е. Ейдемільер [495]	— об'єднання психотерапевта з сім'єю; — засвоєння і підтримка процесів, які забезпечують збереження звичного функціонування сімейних підсистем, розподіл ролей і меж між підсистемами; — створення фрустрації для ініціювання переходу сім'ї на інший, більш складний рівень функціонування
Д. Фрімен [474]	— поліпшення внутрішньосімейних стосунків; — зміна позиції, за якої провина за сімейні проблеми покладається на когось одного; — формування більш гнучкого відношення до лідерства; — розвиток взаєморозуміння і емпатії; — прийняття існуючих відмінностей; — вдосконалення навичок індивідуального і спільного вирішення проблем; — розвиток здатності до інтроспекції та аналізу своїх потреб; — зміцнення незалежності; — досягнення балансу між прагненням членів сім'ї до незалежності і бажанням до згуртованості – з іншого

Продовження табл. 2.9

О. Черников [417]	— зміни в структурі сім'ї (з урахуванням типів згуртованості, гнучкості, кордонів сім'ї); — допомога сім'ї у вирішенні завдань і вимог певного життєвого циклу і забезпечення успішного переходу на наступну стадію розвитку; — зміна характеру комунікацій у сім'ї (створення системи з позитивним зворотнім зв'язком); — робота з сімейною історією допомагає розблокувати сімейну систему і отримати доступ до сімейних секретів

Цілями сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців-учасників бойових дій ми визначили такі:

- діагностика психоемоційного стану кожного члена сім'ї, який приймає участь у сімейній психотерапії;
- покращення психоемоційного стану всіх членів сім'ї, особливо комбатанта;
- формування умінь чітко розподіляти ролі з відповідними правами й обов'язками; в разі потреби – зміна або обмін ролями;
- вдосконалення комунікаційного стилю взаємодії у сім'ї (адекватна реакція на критику);
- створення сприятливих морально і фізично здорових взаємовідносин у сім'ї;
- програвання найбільш проблемних ситуацій, пошук можливих варіантів їх розв'язання;
- розвиток уміння спільно розв'язувати проблем, переходячи з індивідуального контексту на системний сімейний;
- формування вмінь будувати гармонійні стосунки у сім'ї;
- вироблення та прийняття чітких правил поведінки у сім'ї;
- визначення індивідуальних і сімейних системних цілей.

Представимо етапи проведення сімейної психотерапії з точки зору різних наукових підходів (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Етапи сімейної психотерапії

Автор	Етапи сімейної психотерапії
Е. Ейдеміллер [416]	1) об'єднання психотерапевта з сім'єю, приєднання його до сімейної структури ролей; 2) формулювання психотерапевтичного запиту; 3) реконструкція сімейних відносин; 4) завершення психотерапії і від'єднання
Е. Ейдеміллер, В. Юстіцкіс [495]	1) діагностувальний етап (постановка сімейного діагнозу); 2) ліквідація сімейного конфлікту; 3) реконструктивний етап; 4) підтримувальний етап
О. Черников [417]	1) виявлення центральної проблеми сім'ї, розподіл ролей і способів взаємодії її членів; 2) постановка перед сім'єю основної проблеми; 3) заперечення основної проблеми і дослідження приватних питань сімейного життя; 4) визнання основної проблеми, криза і дисоціація сімейної групи; 5) консолідація сім'ї та вироблення взаємоприйнятних рішень щодо основних проблем сімейного життя

Вважаємо, що при проведенні сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців-учасників бойових дій обов'язковими є такі *етапи*:

- 1) діагностувальний етап (визначення сімейних проблем);
- 2) робочий етап (реконструкція сімейних взаємовідносин);
- 3) завершальний етап (підготовка сім'ї, щоб самостійно справлятися з виникаючими проблемами).

Розглянемо їх детальніше. Так, діагностувальний етап зосереджений на виявленні сімейних проблем військовослужбовця-учасника бойових дій. Для цього можна використовувати розроблені В. Сатир [405] ключові питання типу:

1. Чи добре Вам живеться зараз у Вашій сім'ї?
2. Чи відчуваєте Ви, що живете з друзями, спілкуєтеся з людьми, які Вам подобаються, яких Ви поважаєте, з людьми, які люблять і поважають Вас?

3. Бути членом Вашої сім'ї – це цікаво, приємно і радісно?

Як свідчить наш власний досвід, аналіз та рефлексія сімейних проблем будуть мати сприятливі результати при використанні особливого набору змістових сімейно-ситуаційних запитань, а саме:

1. Пригадайте крайні 3–5 випадків, коли Ви з дружиною (чоловіком) обговорювали важливі проблеми? При цьому скільки разів до кінця зберігали впевненість у своїй правоті?
2. Ви вважаєте, що є доброю людиною, готовою допомогти іншим членам сім'ї?
3. Чи часто Ви просите дружину (чоловіка) допомогти в разі потреби?
4. Чи не йдете Ви назустріч бажанням близьких людей (дружини або чоловіка) на шкоду особистим потребам, інтересам?
5. Чи не занадто часто Ви в розмові з дружиною (чоловіком) посиляєтеся на різні труднощі?
6. Чи не посиляєте Ви своїй дружині (чоловікові) повідомлень двоїстого характеру? Чи немає суперечності між сказаними словами і виразом Вашого обличчя, інтонацією, пантомімікою?
7. Чи не ведете Ви себе таким чином, як би Ваша дружина (чоловік) могла читати Ваші думки?

Психологи [287] переконані, що особливість процедури сімейної діагностики полягає в тому, що вона супроводжує сімейну терапію на всіх етапах і визначає вибір психотерапевтичних технік. Її інша особливість полягає в необхідності співвідносити дані, отримані від різних членів сім'ї, із власними враженнями психотерапевта, які склалися на підставі розпитування і спостереження за поведінкою учасників роботи («сім'я очима дитини», «сім'я очима психотерапевта», «які ми насправді»).

Під час робочого етапу відбувається виявлення і прояснення джерел сімейного конфлікту і його ліквідація за допомогою емоційного відреагування кожного члена сім'ї, залученого до конфлікту. Психотерапевт допомагає учасникам конфлікту навчитися говорити мовою, яка зрозуміла всім. Крім

того, він бере на себе роль посередника і передає інформацію про конфлікт від одного члена сім'ї до іншого.

Важливо, щоби члени сім'ї усвідомили, що будь-який конфлікт можна не тільки переробити, але й попередити та не допустити. При цьому особливу роль відіграє толерантність, яка передбачає повагу, прийняття і правильне розуміння форм самовираження і прояву людської індивідуальності. Психологи [336] виділяють міжособистісну толерантність трьох типів: природну – довірливість при абсолютному нетерпінні; моральну – терпіння, терпимість; етичну – прийняття, довіру, на противагу насильству і маніпулюванню, передбачає повагу значущих цінностей, усвідомлення і прийняття власного внутрішнього світу, цілей і бажань, переживань і почуттів.

Досягнення останнього ступеня толерантності передбачає зрілість особистості і, за результатами досліджень О. Туринцевої [461], зустрічається у дружин військовослужбовців доволі рідко. Проте, толерантність може бути вихована на основі більшої інформованості сімей військових про специфіку їхньої життєдіяльності і відповідальності перед суспільством. Таким чином, для сімей комбатантів найбільш актуальними питаннями позитивної динаміки розвитку є пошук засобів для ефективного вирішення конфліктів, з огляду на специфічні умови, в яких існує така сім'я, а також досягнення толерантних сімейних взаємовідносин. Повністю підтримуємо думку О. Туринцевої в тому, що військові психологи, відповідаючи за морально-психологічний стан військовослужбовців, повинні одночасно виконувати роль сімейних психотерапевтів і коректорів інтолерантності в сімейних взаєминах.

Слід зазначити, що для «реконструкції сімейних відносин» учасники терапії разом обговорюють актуальні сімейні проблеми або в своїй сім'ї, або у знайомих, родичів. Для цього можна проводити рольовий поведінковий тренінг, у ході якого відбувається навчання правилам конструктивного спору.

На переконання І. Вдовіної [123], у процесі робочого етапу повинні бути активні розпитування, доброзичливі й уважні вислуховування найбільш

неприємних переживань, при цьому зменшується афективна напруга, структуруються переживання, активізується цілеспрямована діяльність постраждалих. У результаті змінюється ставлення до ситуації яка вже відбулася, стала реальністю; настає релаксація; підвищується поріг чутливості до психогенного фактору; відбувається відреагування; комбатант відчуває емоційну підтримку. При цьому надзвичайно важливим є тактильний контакт із потерпілим.

На завершальному етапі психотерапевт має визначити, чи були досягнуті «початкові» сформульовані цілі (індивідуальні і системні сімейні) і покращився загальний психоемоційний стан кожного члена сім'ї? Окрім цього на завершальному етапі, на думку І. Малкіної-Пих [287], необхідно проводити так звану екологічну перевірку – створення членами сім'ї образу свого майбутнього. Для цього на останньому занятті учасникам пропонують уявити себе в майбутньому: як вони взаємодіють, що у них виходить і що не виходить. Обговорення цих образів допомагає визначити найбільш успішні шляхи використання отриманих навичок.

У контексті нашого дослідження важливими є рекомендації для членів сімей військовослужбовців-учасників бойових дій перед їх поверненням додому, розроблені І. Вдовіною [123].

1. Потрібно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити. При цьому дуже важливо дати йому можливість «виговоритися» в комфортній обстановці, яка передбачає максимальну моральну підтримку близької й коханої людини.

2. Постарайтеся допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися до нормального звичного життя.

3. Проявіть терпіння й увагу до проблем близької людини, які неминуче виникають після перенесеного бойового стресу, до можливого тривалого депресивного стану, психологічного дискомфорту, підвищеної дратівливості. Усі ці явища є тимчасовими, тому необхідно допомогти легко з ними впоратися.

4. Необхідно зважати на те, що за час розлуки усі змінилися, а тому варто не поспішати, а дати час для того, щоб знову звикнути один до одного.

5. Особливу увагу треба приділяти дітям, які виховуються у сім'ї. Важливо, щоб вони не залишилися без належної уваги і турботи.

6. Потрібно створити позитивну та сприятливу інтимну обстановку, дати зрозуміти своєму партнеру, що його чекали та підете йому назустріч.

7. Не заохочуйте до вживання алкоголю.

Наведемо приклади, що ілюструють вагомість сімейної психотерапії у процесі реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Так, найбільш вдала, на нашу думку, у практичному плані є розроблена програма для сімей військовослужбовців, розрахована на 8 тижнів роботи, в основу якої було покладено принципи і техніки сімейної терапії. Ключовими темами автори програми (Д. Краймер, О. Запорожець) [256] визначили такі:

1. «Що викликає стресові та інші психологічні розлади?»
2. Депресія і її вплив на сім'ю.
3. Травма / ПТСР та вплив на сім'ю.
4. Міркування про необхідність терапії.
5. Комунікативні навички.
6. Навички вирішення проблем.
7. Створення середовища з низьким рівнем стресу.
8. Методи піклування про себе.

Розробники програми наголошують, що кожну зустріч необхідно розпочинати з мотиваційного твердження, фрази або цитати. Далі кожна сім'я повинна дати короткий звіт про те, як минув їхній тиждень, і по мірі їхнього просування програмою, як реалізується зміст попереднього програмного тижня в їхньому реальному житті. Загальна структура кожної сесії передбачає епізод едукативної, за якою іде демонстрація і практикування нової навички кожною сім'єю.

Ще одним цікавим прикладом роботи з сім'ями військовослужбовців-учасників бойових дій є проект «Психологічна допомога учасникам АТО та їх

сім'ям», який реалізується за підтримки Фонду І. Палиці «Новий Луцьк», розроблений викладачами кафедри практичної психології та безпеки життєдіяльності факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Для виконання проекту були залучені психологи, волонтери, студенти факультету психології, які активно долучалися до роботи з дітьми. Програма була орієнтована на групові форми роботи і передбачала комплекс занять з арт-терапії, ігрової терапії; комплекс психолого-педагогічних технік, які сприяли розвитку емоційної стабільності, підвищенню стресостійкості, налагодженню контактів з групою [26].

Таким чином, підсумовуючи, відзначимо, що чим активніше буде налагоджена практична діяльність із сім'ями комбатантів, тим продуктивніше буде відбуватися процес реабілітації. Саме родина є тим вагомим чинником, який безумовно володіє вагомим внутрішнім потенціалом у реабілітаційній роботі з комбатантами і стимулює їх до активного повернення в соціум.

Висновки до другого розділу

1. Встановлено, що нині відсутнє єдине загальноприйняте визначення терміну «стрес». У традиційному розумінні стрес є захисною реакцією організму на негативні впливи середовища. Стрес спричиняє появу у військовослужбовців-учасників бойових дій різноманітних психологічних станів деструктивного характеру, серед яких особливо складними є посттравматичні стресові розлади, психічна травма, нервово-психічне напруження, військова втома, бойове виснаження, військовий невроз тощо, які мають свої симптоми, форми прояву й наслідки. Особливо складним видом є бойовий стрес, обумовлений тривалою загрозою життю в бойовій обстановці. Представлено наукові підходи до виокремлення стрес-факторів, що спричиняють появу проблем різного характеру у військовослужбовців в умовах військових конфліктів і мирного життя. Проаналізовано різні

типології військовослужбовців, що зазнали стресу під час бойових дій, згідно з різними критеріями – ступенем тяжкості отриманої травми, реагуванням на стрес-фактори, деструктивними постстресовими змінами. Виокремлені групи військовослужбовців-учасників бойових дій потребують комплексної реабілітації, соціальної підтримки, отриманні знань, що допоможуть контролювати психоемоційний стан і самостійно знаходити вихід з постстресових ситуацій.

2. При проведенні лікувально-реабілітаційної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості, з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією, вибір яких був обумовлений діагностувальними, розвивальними, коректувальними та терапевтичними можливостями при цілеспрямованому проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

3. Обґрунтовано можливості ігрової терапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій. Представлено різні види ігор для цієї категорії клієнтів, серед яких провідними є ділові, професійні, реабілітаційні, спеціалізовані реабілітаційні комп'ютерні. Визначено ігрові методи у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій – метод аналізу конкретних ситуацій, «мозкової атаки», інтелектуальної розминки, метод клініки, метод аварійних випадків, хортинг.

4. Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій вискоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів

(групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (техніки активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки).

5. Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у сім'ї, найбільш виражених у військовослужбовців, які виконували бойові завдання. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами, заняття з різними сімейними парами.

Основні наукові результати, викладені в розділі, опубліковані в [50; 52; 53; 57; 60; 61; 62; 63; 71; 73; 78; 80; 81; 82; 90; 97; 98; 103; 105; 108; 506].

РОЗДІЛ 3

СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ- УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1 Загальнонаукові методологічні підходи й принципи проектування системи організації та здійснення комплексної реабілітації особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях

Аналіз наукових досліджень щодо організації і проведення реабілітації військовослужбовців, дав змогу прийти до висновку, що у розроблених моделях (функціонально-організаційна модель забезпечення медичною реабілітацією військовослужбовців на рівні первинної медико-санітарної допомоги [140]; модель соціально-психологічної реабілітації ветеранів бойових дій [267]; фазова модель фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій [199]; структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулися із зони АТО [501]) відсутні методологічні підходи. Вважаємо це некоректним, оскільки методологічний підхід є «принциповою методологічною орієнтацією дослідження, точкою зору, з якої розглядається об'єкт вивчення (спосіб визначення об'єкта), поняття або принцип, що керує загальною стратегією дослідження» [220, с. 160]. Саме тому наш науковий пошук ми спрямували на виокремлення методологічних підходів.

Ми переконані, що для здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб найефективнішими є системний, комплексний і технологічний підходи – вони представлені у нашому дослідженні як загальнонаукові. Головним системотвірним методологічним підходом ми визначили мультидисциплінарний, оскільки вважаємо, що ефективність реабілітації, в першу чергу, залежатиме саме від складу команди фахівців, які здійснюватимуть її. Тому аналізу сутності й

характеристиці мультидисциплінарного підходу буде присвячено окремий параграф (п. 3.2).

Розглянемо особливості використання загальнонаукових підходів у нашому дослідженні. *Системний підхід* набуває найбільшої популярності, оскільки, по-перше, є напрямом методології наукового пізнання, по-друге, він орієнтує процес реабілітації на виявлення різноманітних типів зв'язків складних процесів і зведення їх у єдину цілісну систему, а також спрямовує на розкриття цілісності механізмів, які її забезпечують. Враховуючи значну кількість тлумачень сутності системного підходу, спробуємо проаналізувати зміст цього поняття та визначити його значення у процесі здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Зокрема, Дж. Клір [228] розглядає систему як сукупність значної кількості елементів, що перебувають у відношеннях або зв'язках один з одним та утворюють органічну єдність або цілісність. У розумінні А. Демидової [155], система є організаційним цілим, яке складається з великої кількості елементів, які залежать один від одного, розміщені у визначеному порядку та спрямовані на здійснення поставленої мети. Подібної думки притримується Г. Осипов [339], наголошуючи, що система є предметом чи процесом, який складається з якісно визначеної сукупності елементів, що перебувають у взаємних зв'язках та складають єдине ціле, а під час взаємодії з зовнішніми умовами ці елементи мають властивості певним чином змінюватися.

Найбільш вдало представив та охарактеризував систему В. Садовський [400], підкреслюючи, що система є цілісним комплексом взаємопов'язаних елементів; вона утворює особливу єдність із середовищем; будь-яка досліджувана система може бути як елементом системи більш високого порядку, так і елементом системи більш низького порядку. Отже, дослідники одностайні в тому, що система передбачає наявність сукупності взаємопов'язаних між собою елементів, що взаємодіють між собою, і таким чином утворюють систему.

Науковці по-різному визначають системний підхід. Так, у розумінні К. Сороки – «це напрямок дослідження, вивчення світу, в основі якого лежить розгляд об'єктів як системи, орієнтація на розкриття цілісності об'єкта, виявлення різноманітності зв'язків у ньому і приведення їх до єдиної теоретичної картини» [426, с. 14]. Системний підхід (від англ. *Systems thinking* – системне мислення) у публікації О. Караман трактується як «напрямок методології досліджень, який полягає в дослідженні об'єкта як цілісної множини елементів в сукупності відношень і зв'язків між ними, тобто розгляд об'єкта як системи» [216, с. 224].

Системний підхід, на думку українських учених [143; 145; 161; 494], дає можливість створити своєрідний стандарт (універсальний механізм), що організовує всі якості проблеми в необхідний для її вирішення порядок. Крім того, «системний підхід поєднує методи природничих наук, що базуються на експериментах, формальних логічних доведеннях та кількісних оцінках, з умоглядним методом, який спирається на образне сприйняття навколишнього світу та якісний синтез нових ідей» [143, с. 74].

Сутнісними характеристиками системного підходу науковці [15; 216; 259; 475] визначають: по-перше, інтегративність (передбачає механізм об'єднання частин в єдине ціле, що спроможне забезпечити свою, життєдіяльність); по-друге, цілісність (фіксує об'єктивну форму існування системного явища та базується на наявності взаємозв'язку між його елементами); по-третє, ієрархічність (кожну систему можна розглядати як елемент системи вищого порядку, а її елементи – як окремі системи); по-четверте, взаємозалежність (розвивається під впливом зовнішнього середовища, але при цьому намагається зберегти властивості, що забезпечують відносну стійкість та адаптивність її функціонування та якісну визначеність); по-п'яте, цілеспрямованість (наявність цілей); по-шосте, надійність (характеризується безперебійністю функціонування системи при виході одного із її компонентів); по-сьоме, розмірність (кількість компонентів системи та зв'язків між ними); по-восьме, динамічність

(динамічна природа системи, якій властиві процеси виникнення, становлення, розвитку, зміни та припинення існування).

Таким чином, використання системного підходу в межах нашого дослідження є методологічним прийомом для можливості повного опису реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб як певної цілісності, з одного боку, та як структури за функціональними ознаками її компонентів, з іншого. При цьому основними ознаками системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були учасниками бойових дій повинні стати: цілісність, цілеспрямованість, доцільність, структурність, ієрархічність, динамічність, відкритість, рівновага, стійкість, надійність, життєздатність, концептуальність.

Необхідно зазначити, що сутність системи реабілітаційного процесу проявляється у її функціонуванні, залежить від взаємодії соціальних служб, фахівців мультидисциплінарної команди, самих реабілітованих комбатантів, їхньої спільної продуктивної діяльності. Однак не можна відкидати інших компонентів, які входять до цілісної взаємодії та активно впливають один на одного, йдеться про комплекс форм, методів, технологій реабілітації. Саме при врахуванні комплексу названих вище елементів проявляється інтеграція, що дає змогу функціонувати системі ефективно, чітко і узгоджено.

Поділяючи думку І. Андрощук [15], ми вважаємо, що у процесі моделювання системи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій обов'язково необхідно брати до уваги та активно застосовувати основні принципи загальної теорії систем. Так, перший принцип передбачає, що система має бути ефективною та має мати високу цілісність, під якою розуміється такий ступінь зв'язку елементів між собою, при якому зміна одного з них викликає зміну в інших, та спричиняє зміну усієї системи в цілому. Другий принцип вказує на те, що ефективність розробленої системи безпосередньо залежить від ступеня її сумісності з оточуючим середовищем. Тобто, система може успішно функціонувати в одних умовах, однак може

виявитися повністю неефективною при переміщенні в інші зовнішні умови. Третій принцип передбачає існування залежності ефективного функціонування системи від ступеня її оптимізації, що передбачає ступінь відповідності організаційного компонента тій меті, задля досягнення якої її було створено. Тобто розробнику необхідно враховувати той факт, що оптимальність, досягнута в одних умовах, може не відбутися при інших.

Значення системного підходу в нашому дослідженні полягає в тому, що він дає змогу: розглянути процес організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій як цілісну систему; виділити системотвірний чинник такої організації, тобто мету і результат; сконструювати систему її організації, виявити її складові елементи, розкрити їх взаємозв'язок, а також основні умови існування даної системи.

Технологічний підхід пов'язаний із упровадженням у 40–50-х роках ХХ століття технічних засобів навчання і введенням у науковий обіг поняття «технологія», яке тлумачиться як «спосіб реалізації конкретного складного процесу шляхом розділення його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які виконуються більш-менш однозначно і мають на меті досягнення високої ефективності» [278, с. 33]. З'ясовано, що технологічний підхід науковці [43] трактують як процес перетворення будь-якої діяльності, а також як ефективний засіб для досягнення поставленої мети. У загальному контексті технологічність передбачає структурну розчленованість, упорядкованість, яка є доцільною під час організації будь-якого процесу соціальної діяльності. Її антонімом є стихійність природних процесів. Технологічний підхід, у процесуальному розумінні, дає безпосередню відповідь на запитання: «Як зробити, якими способами?»).

Вибір технологічного підходу зумовлений тим, що він, по-перше, сприяє цілеспрямованому синтезу форм, методів і засобів реабілітації, відкриває нові можливості для методичної варіативності в організації реабілітаційного процесу комбатантів, по-друге, передбачає

цілеспрямованість при розробці системи і технології комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з чітко розробленим планом, процедурами, інструкціями і алгоритмом дій.

При розробці системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ми опирались на положення технологічного підходу, запропоновані І. Підласим [358]. Серед основних ми визначили такі:

- технологія розробляється для певного задуму, в її основі покладена відповідна теоретико-методологічна позиція автора – ефективна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій можлива лише за умови комплексного поєднання різних видів – соціальної, психологічної, педагогічної, медичної тощо;

- технологічний ланцюг дій будується відповідно до мети, що представлена у формі конкретного очікуваного результату – ефективність комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій залежатиме від чітко сформульованої мети, яка передбачає швидку та якісну адаптацію до умов мирного життя; покращення психоемоційного стану;

- технологія будується на основі діяльнісного підходу з урахуванням принципів індивідуалізації та диференціації, оптимальної реалізації людських і матеріально-технічних можливостей – навіть при проведенні групових занять фахівцями соціальних служб з цієї категорією клієнтів реабілітаційні заходи повинні бути максимально індивідуалізованими (врахування конкретного випадку);

- елементи технології, з одного боку, повинні бути відтворюваними, з іншого – гарантувати досягнення запланованих результатів всіма учасниками, тобто розроблена нами поетапна технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях має бути апробована на практиці й впроваджена у роботу відповідних соціальних служб, що займаються реабілітацією таких клієнтів (Додаток А);

– органічна частина технології – діагностичні процедури, що містять критерії, показники та інструментарій вимірювання результатів діяльності – перед проведенням реабілітаційних заходів обов’язковою є діагностика потреб та проблем військовослужбовців за допомогою спеціально підібраного інструментарію.

Проведений нами теоретичний аналіз психолого-педагогічної та медичної літератури, практики роботи соціальних служб підтвердив недостатність розробок, які б координували зусилля різних соціальних установ у наданні військовослужбовцям-учасникам бойових дій необхідної допомоги та передбачали комплексний вплив на реабілітантів. Зокрема, практичну реабілітаційну діяльність на регіональному рівні (м. Хмельницький та Хмельницька обл.) здійснюють такі соціальні структури та установи, як: Рекреаційний центр «Берег надії», міський Центр соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді; Хмельницький міський центр зайнятості, «Хмельницький міський спортивно-технічний клуб ДТСААФ», автошкола ОСТК ТСУ. Так, Рекреаційним центром «Берег надії» здійснюється, переважно, психологічна та соціальна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій та членів їх сімей. Центром надається послуга іпотерапії, є можливість користуватися тренажерними, комп’ютерними залами, здійснювати велосипедні екскурсії, насолоджуватись профілактичним масажем та кисневими коктейлями.

Практична діяльність фахівців Центру соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді базується на визначенні потреб військовослужбовців-учасників бойових дій та їх сімей для подолання складних життєвих обставин (протягом 2016-2018 роки було складено 250 соціальних паспортів потреб учасника АТО, здійснено оцінку потреб, надано психологічну, юридичну, гуманітарну допомогу сім’ям загиблих воїнів). Через посередництво діяльності Хмельницького міського Центру зайнятості зі 141 учасника бойових дій, який перебуває на обліку, працевлаштовані 24 особи, 12 осіб пройшли професійне навчання та стажування.

За результатами проведеного тендеру, укладено договори про навчання військовослужбовців у автошколах. Шість громадських організацій, що опікуються учасниками антитерористичної операції та їх сім'ями, отримали у 2017 р. з міського бюджету сто двадцять три тисячі гривень. Наголосимо, що ситуація є подібною й у інших регіонах нашої країни.

Як видно із представленого переліку (на регіональному рівні) така якість соціальної реабілітації є недостатньою, що й обумовило необхідність під час розробки системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, учасників бойових дій акцентувати увагу саме на *комплексному підході*, який забезпечить якісне проведення реабілітаційних заходів. Науковою основою такого підходу обрано системно-структурний аналіз, у світлі якого компоненти системи реабілітації розглядаються у взаємозв'язку.

Ідея комплексного підходу в організації і проведенні реабілітації комбатантів полягає в налагодженні взаємозв'язку в роботі між різними соціальними структурами, що займаються цими питаннями, і, насамперед, між військовою, медичною та соціальною сферами. Слід зауважити, що комплексний підхід передбачає, по-перше, органічне поєднання різних видів реабілітації (психологічної, соціальної, медичної, педагогічної) військовослужбовців-учасників бойових дій, яку здійснює команда різнопрофільних фахівців (медиків, реабілітологів, психологів, соціальних працівників), по-друге, комплексне застосування різноманітних форм, методів, технологій, засобів у процесі проведення реабілітаційних заходів, по-третє, тісну та різнопланову співпрацю команди фахівців з соціальними службами, що допомагатимуть адаптуватися до умов мирного життя. Окрім цього, варто враховувати той факт, що комплексна система реабілітаційних заходів військовослужбовців-учасників бойових дій визначає комплексну систему роботи з ними на державному і регіональному (місцевому) рівнях.

Важливе положення, що визначає дієвість комплексної реабілітації, пов'язане з визначенням та констатацією основних принципів її здійснення. Наукова дефініція «принцип» має латинське походження (*principium*) і

трактується як основа чи підвалина. Принцип розуміють по-різному, а саме, як: головне, вихідне положення якої-небудь науки, теорії, вчення; основу дії будь-якого механізму, приладу, пристрою [41]; керівну ідею, основне правило діяльності [496]; внутрішнє переконання, погляд, що визначають норми поведінки; основу пристрою або дії якогось механізму, процесу [422].

Вважаємо, що принципи комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості у проведенні реабілітаційних заходів є загальнонауковими. Наголосимо на тому, що практичний зміст цих принципів широко висвітлений у методичній літературі, не визнаємо доцільним зупинятися на їх розгляді. Проте система організації реабілітаційної діяльності особового складу ЗСУ, що брали участь у бойових діях, повинна мати власні (*специфічні*) принципи, кожний з яких пов'язаний з певним видом реабілітації. Вважаємо, що лише разом вони можуть утворити систему, яка буде спрямована на досягнення ефективного результату – позитивної динаміки реабілітованості військовослужбовців та їхньої адаптації до умов мирного життя у суспільстві. Розглянемо їх більш детальніше.

Основними *психологічними принципами* проведення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є:

1) оперативність – означає доцільність надання психологічної допомоги якомога раніше для зменшення шкоди стресових факторів на військовослужбовців та передбачає використання комплексу різноманітних реабілітаційних методів, які комплексно впливатимуть на процес реабілітації;

2) гнучкість зосереджена на своєчасній зміні форм і методів психологічного впливу в залежності від психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій та умов проведення реабілітації;

3) багатоступеневість – проведення реабілітаційних заходів у різних соціальних службах і на різних рівнях (державному, регіональному, місцевому) в залежності від складності розв'язуваних завдань.

Погоджуючись із вітчизняними дослідниками [293; 489], додаємо до психологічних принципів реабілітації цієї категорії клієнтів такі два:

- принцип невідкладності, що передбачає максимальне наближення реабілітаційних установ до лінії бойового зіткнення (для осіб, які повертаються в бойовий стрій) та охоплює тезу: «хвилини рік бережуть»; цей принцип базується на простоті заходів (доступність для самих військовослужбовців);

- принцип індивідуального підходу – його сутність полягає в індивідуалізації заходів, обліку та врахування індивідуально-психологічних особливостей кожного пораненого і відповідність їх основним завданням соціально-психологічної реабілітації, а також адекватний вибір форм, методів, технологій реабілітації відповідно до симптомів.

При визначенні *медичних принципів* реабілітації ми керувалися положеннями Воєнно-медичної доктрини України [364], котра має стати основою для розробки всіх нормативно-правових актів щодо медичного забезпечення військ і цивільного населення в умовах бойових дій. До таких принципів українські медики [36, с. 12–14] віднесли доволі значний перелік, а саме:

- єдине розуміння причин зниження (втрати) боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення (збереження) в умовах мирного та воєнного часу;

- єдині організаційні засади діяльності медичних служб, незалежно від відомчого підпорядкування;

- організація медичного забезпечення й надання кваліфікованої медичної допомоги відповідно до загальнодержавних медичних стандартів, клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

- єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, евакуацію, лікування, медичну та психологічну реабілітацію поранених і хворих, профілактику бойового стресу (превентивну реабілітацію);

- профілактична спрямованість діяльності медичних служб та дотримання єдиних підходів під час організації та проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

- формування необхідного резерву та постійна готовність сил і засобів медичних служб, цивільної системи охорони здоров'я для медичного забезпечення військ і цивільного населення;

- врахування територіального принципу медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ у єдиний медичний простір України.

Такий перелік медичних принципів є доволі громіздким і таким, що важко враховується фахівцями соціальних структур. Тому, підтримуючи Л. Литвиненко [273, с. 40–41], пропонуємо використовувати такі принципи: *принцип максимального синергічного співробітництва*: лікар – пацієнт – психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї), причому особистість військовослужбовця розглядається у якості партнера в ході лікувального процесу, що передбачає послідовність й етапність проведення заходів; *принцип багаторівневого характеру саногенних заходів*, що базується на оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів.

Погоджуючись із В. Ляшенко [279], ми переконані, що заходи соціальної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій мають ґрунтуватися на демократичних та гуманістичних принципах. До основних ми відносимо принципи ранньої діагностики стану та виявлення проблем комбатантів; неперервності процесу та комплексного підходу до розв'язання реабілітаційних завдань; створення й використання реабілітаційного середовища; індивідуального підходу до військовослужбовців; активного залучення сім'ї та ближнього оточення до процесу реабілітації.

У контексті нашого дослідження важливими є виокремленні А. Шевцовим [488] соціальні принципи реабілітації. Опираючись на практичні аспекти діяльності фахівців соціальних установ та служб щодо

організації соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я, ми виокремили такі принципи соціальної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, а саме принципи: системно-синергетичний, неперервності реабілітаційного процесу, нової моделі інвалідності. Розглянемо їх більш детально. Так, системно-синергетичний принцип реабілітації є свідченням того, що в центр системного моделювання реабілітаційного процесу необхідно ставити військовослужбовця-учасника бойових дій як соціально-психічну систему, що самоорганізується. Вона, у свою чергу і задаватиме необхідні параметри динаміці всього реабілітаційного процесу як системи.

Принцип неперервності реабілітаційного процесу ми порівнюємо із принципом переходу від «реабілітації на все життя» до «реабілітації через усе життя», що є обов'язковою складовою сучасної парадигми соціальної реабілітації комплексного типу. Цей принцип передбачає постійний соціальний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій. Тобто мова йде про розробку індивідуальної програми реабілітації кожному клієнту, у якій має бути закладена можливість наступної безперервної соціальної реабілітації через усе життя, яка базується на постійному підвищенні та вдосконаленні соціальної компетентності. Таким чином, можемо узагальнити, що принцип неперервності реабілітаційного процесу забезпечує перманентну реабілітацію і комплексну корекцію особистості військовослужбовця як у часі, так і у системному реабілітаційному просторі.

За умови, якщо військовослужбовці-учасники бойових дій отримали інвалідність, погоджуючись із А. Шевцовим [488], пропонуємо принцип нової моделі інвалідності – соціальної. У цій моделі проблема сенсорних, фізичних чи ментальних обмежень людини розглядається через соціальний контекст. Тобто, у запропонованій моделі у центрі уваги перебуває взаємозв'язок між кожним військовослужбовцем з навколишнім середовищем (у тому числі й соціальним). Зокрема, обмежені можливості розглядаються як наслідок і результат того, що фізичні та соціальні умови

(психологічний клімат, культура суспільства, соціальна і політична організація, «бар'єрна інфраструктура» тощо), у яких живе і працює людина з ослабленим здоров'ям, звужують її потенціал та послаблюють можливості її самореалізації. Тобто військовослужбовець, який став інвалідом через участь у бойових діях має розглядатися, насамперед, як пригноблена група, ніж як нормальна. Інноваційна сутність нової моделі інвалідності безпосередньо полягає у нерівності можливостей при проголошеній рівності прав. Змістом соціальної роботи фахівців соціальних структур у цьому контексті стає соціальна інтеграція військовослужбовців-учасників бойових дій, які мають обмежені можливості та допомога в усвідомленні й реалізації ними своїх невід'ємних людських прав. Таким чином, реабілітація соціальна по важливості для військовослужбовців розглядається на одному рівні з реабілітацією медичною.

Окрім названих вище, вважаємо обов'язковими такі соціальні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, як:

- 1) цілісності, що передбачає одночасне проведення соціальної реабілітації з іншими видами (психологічною, педагогічною, медичною);
- 2) гармонійності – зосереджений на побудові гармонійних взаємин із оточуючим військовослужбовців середовищем (сім'я, робота, знайомі);
- 3) динамічності – необхідність проведення реабілітаційних заходів на всіх етапах згідно розробленої технології організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які брали участь у військових операціях.

До *педагогічних* принципів реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій були віднесені:

- принципи гуманізації, орієнтує на пошук позитивного для подолання складних, кризових ситуацій, допомагає актуалізувати потенційні можливості, закладені у людині; визнати абсолютну цінність людини як особистості, її унікальності, право на свободу вибору, він передбачає максимальне врахування особистісних та психофізичних особливостей

військовослужбовців та створення належних умов, які б сприяли своєчасному й повноцінному розвитку;

– принцип індивідуалізації має на меті індивідуальний вибір «тактики» реабілітації, що виражається в якісному діапазоні завдань реабілітаційної діяльності (наприклад, обумовленому характером травми військовослужбовця, динамікою плину ПТСР, специфікою життєвої ситуації в сім'ї тощо), розмаїтості технологій реабілітаційних заходів, які доцільно використовувати у кожному конкретному випадку. У кінцевому результаті це припускає відмову від загальноприйнятих стереотипів, які на даний час не відповідають дійсності, а передбачає пріоритет креативності під час розробки програми реалізації військовослужбовців-учасників бойових дій;

– принцип взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди при координуючій ролі соціального працівника; він орієнтує на постановку реально досяжних цілей реабілітації, що виходять із можливостей військовослужбовців, об'єктивних соціальних або сімейних умов. Цей принцип пов'язаний з необхідністю узгодженості практичної діяльності усіх фахівців під час проведення реабілітаційних заходів;

– принцип забезпечення педагогічної підтримки передбачає те, що на всіх етапах реабілітаційного процесу відбуватимуться соціально-педагогічна підтримка, сприяння, супровід, співробітництво для саморозвитку, самодіяльності, самоідентифікації, самопізнання, самовизначення, самореалізації особистості військовослужбовця.

– принцип системності орієнтує фахівців на сприяння військовослужбовця-учасника бойових дій як «об'єкта» реабілітації не в розумінні «носія» окремих якостей та властивостей, а в розумінні єдиної, цілісної системи, суб'єкта, що знаходиться у стані своєрідного та динамічного розвитку, тобто цей принцип свідчить про необхідність враховувати висновки і оцінювати результати кожного з етапів реабілітації, оскільки вони мають базуватися на попередніх і служити фундаментом для наступних.

Отже, у нашому дослідженні виокремлено цілісний спектр загальнонаукових (комплексності, наступності, послідовності, безперервності, диференційованості) та специфічних (психологічних (оперативності, гнучкості, багатоступеневості, невідкладності, індивідуального підходу), медичних (максимального синергічного співробітництва, багаторівневого характеру саногенних заходів), соціальних (цілісності, гармонійності, динамічності, системно-синергетичний, неперервності, нової моделі інвалідності), педагогічних (гуманізації, індивідуалізації, взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди, забезпечення педагогічної підтримки, системності)) принципів.

Розглядаючи сутність та характеризуючи підходи (системний, комплексний, технологічний), ми наблизилися до наступного кроку нашого дослідження – наукового обґрунтування доцільності мультидисциплінарного підходу у якості визначального для організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб. Ці аспекти нами будуть проаналізовані у наступному параграфі.

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

Насамперед у контексті нашого дослідження доцільно розмежувати наукові поняття «міждисциплінарний» і «мультидисциплінарний» підходи, оскільки доволі часто їх вживають як синонімічні. Науковці [386] переконані, що важливого значення при лікуванні ПТСР має *міждисциплінарний підхід*. Знання вкладу біології, психології та соціальної динаміки дає змогу лікарю і хворому дивитися ширше на проблему, знаходити пояснення наявним симптомам і засоби для їх корекції у різних сферах життєдіяльності індивіда.

Нам імпонує *мультидисциплінарний підхід* при проведенні реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, оскільки саме він дає змогу найбільш цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем. Він ґрунтується на командній співпраці різних фахівців, а саме: соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів тощо. Це відповідає принципам «кейс-менеджменту» (кейс – випадок, проблемна ситуація, яка порушує стабільність у життєвому устрої людини і веде до погіршення її стану), тобто добре організованого процесу забезпечення всіх потреб людини доступом до відповідних послуг [544; 553]. Крім того, наголосимо й на тому, що оскільки реабілітаційна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій супроводжується постійними стресами, значними емоційними та фізичними навантаженнями, мультидисциплінарний підхід дає змогу зменшити вірогідність прояву синдрому емоційного вигорання в учасників мультидисциплінарної команди на основі чіткого розподілу функціональних обов'язків, з одного боку, та компліментарністю командних дій – з іншого [531; 553].

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 [193].

Зупинимось на аналізі міждисциплінарного підходу у контексті здійснення реабілітації. Вважаємо, що найбільш точним є підхід до трактування зазначеної дефініції, який поданий Є. Холостовою. Зокрема, науковець у своєму підручнику [482] акцентує увагу на тому, що на практиці міждисциплінарний підхід на відміну від мультидисциплінарного не набув значного поширення. Загальними ознаками міждисциплінарної системи організації соціальних послуг є такі:

- співпраця, колективна робота команди фахівців різних галузей;
- взаємодія, комунікація;

- колегіальне вироблення спільних підходів, рівноправ'я при врахуванні думок всіх фахівців;
- інтерактивний процес, що припускає участь клієнта, суворі орієнтація на індивідуальні потреби клієнта.

З'ясовано, що комісія з підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я визначила переваги міждисциплінарного підходу: по-перше, це можливість отримати уявлення про різні парадигми охорони здоров'я; по-друге, розширення компетенції фахівців завдяки ознайомленню з іншими дисциплінами; по-третє, отримання досвіду організації і проведення програм реабілітації; по-четверте, взаємодія з іншими фахівцями; по-п'яте, усвідомлення важливості вкладу кожного з профільних фахівців у кінцевий результат – реабілітаційну діяльність.

Міждисциплінарний підхід у процесі здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій пов'язаний з принципом раннього втручання, тобто надання комплексу послуг цій категорії населення та їхнім сім'ям медичного, соціального, психологічного, юридичного, педагогічного характеру. Це в свою чергу створює підґрунтя для встановлення взаємовигідних партнерських відносин між членами сімей військовослужбовців 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 [231; 315; 330; 433], результати яких знайшли відображення у методичному посібнику [434]. 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. Так, на основі аналізу напрацювань науковців було з'ясовано, що

команда такого типу, як правило, «легше пристосовується до непередбачених ситуацій чи специфіки соціального середовища клієнта» [434, с. 90].

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 [467].

Щодо мультидисциплінарного підходу, то наголосимо на тому, що відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» [310], – це форма організації роботи територіального центру, що надає соціальні послуги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах. Цей підхід є інноваційним, і здійснюється шляхом запровадження комплексу соціальних послуг членами мультидисциплінарної команди, до складу якої входять не менше трьох осіб із числа фахівців соціальної роботи. Надання соціальних послуг мультидисциплінарною командою базується на принципах індивідуального підходу та адресності, добровільності вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг, доступності та відкритості, гуманності, комплексності, законності, максимальної ефективності використання бюджетних коштів, дотримання стандартів якості, конфіденційності, соціальної справедливості.

У найбільш загальному контексті, метою запровадження мультидисциплінарного підходу є: забезпечення доступності соціальних послуг; розширення їх спектру; охоплення більшої чисельності осіб,

задоволення їх потреб; здешевлення вартості соціальних послуг і наближення до рівня європейських стандартів.

У документі [310] наголошується, що мультидисциплінарна команда надає комплекс послуг залежно від індивідуальних потреб особи. Окрім цього, передбачені етапи організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг мультидисциплінарною командою, а саме:

- 1) планування роботи (визначення та оцінювання індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг);
- 2) укладення договору соціального обслуговування з особою, яка потребує надання соціальних послуг;
- 3) організація роботи (складання графіка надання соціальних послуг, визначення складу мультидисциплінарної команди тощо);
- 4) надання соціальних послуг;
- 5) аналіз доцільності та ефективності проведеної роботи з надання соціальних послуг, корегування діяльності за результатами аналізу проведеної роботи;
- 6) контроль якості соціальних послуг.

Відзначимо той факт, що розвиток мультидисциплінарної команди обумовлений певними закономірностями групової динаміки, а саме визначенням п'ятикрокової моделі розвитку команди: формування (початок роботи); штурмування (період міжособистісних конфліктів); нормування (встановлення робочих стосунків, розмежування завдань і дій); функціонування (налагоджене виконання справ); розставання (прощання з деякими членами команди або припинення діяльності всієї команди) [433].

Зазначимо, що наші дослідження узгоджуються з думкою А. Бурлака про те, що найбільш повно завдання реабілітації військовослужбовців можуть бути вирішені у випадку, якщо буде здійснюватися єдина стратегія і тактика реабілітаційних заходів [112]. Ми переконані, що реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно здійснювати комплексно, поєднуючи різні її види, у співпраці з державними органами,

установами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, недержавними органами – громадськими організаціями.

Для створення належних умов реабілітації військовослужбовців, які були учасниками збройних конфліктів А. Денисов [156, с. 105–107] пропонує розглядати цей процес з огляду на три групи факторів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Структурні рівні соціальної реабілітації (за А. Денисовим)

Фактори		
макросередовища	мікро-середовища	внутрішньоособистісні
— нові економічні умови, зростання безробіття; — стрімке реформування армії; — відсутність інформації (довідково-консультативної), бюджетного фінансування, нормативно-правової бази та системи державної підтримки військовослужбовців та членів їхніх сімей; — несформованість соціального мислення у керівних кадрів і відсутність підготовлених соціальних працівників; — розрізненість і нескоординованість дій державних структур на перепідготовку і надання допомоги в працевлаштуванні; — неготовність суспільства гідно оцінити потенційні можливості особистості; — сприятливі умови для підприємницької діяльності; — організація центрів перепідготовки та служб соціально-психолого-педагогічної підтримки військовослужбовців та членів їхніх сімей	— порушення стабільності сімейних відносин; — соціально-побутова невлаштованість дружин; — зниження значущості виховної ролі сім'ї; — девіантна поведінка підлітків-членів сімей; — відсутність корпоративного братства серед учасників збройних конфліктів, слабка роль громадських фондів і об'єднань	— несформованість життєво важливих якостей; — вікові особливості, стан здоров'я; — колишні звання, службове становище, військова спеціальність; — індивідуально-психологічні якості і стан (психологічна неготовність до переходу до нової професійної діяльності, переорієнтації); — емоційна нестабільність, невпевнена поведінка на ринку праці, стереотипи мислення і поведінки, низька конкурентоспроможність через відсутність необхідних знань, умінь, навичок і норм соціальної поведінки; — неготовність учасників збройних конфліктів до реабілітаційних заходів

Більш ґрунтовне вивчення означеного кола питань дало можливість для констатації того, що проблеми реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з ПТСР повинні вирішуватися як на державному, так і регіональному (місцевому) рівнях. Державний рівень передбачає розробку цільових програм з надання комплексної допомоги військовослужбовцям, представлених на законодавчому рівні (у постановах, указах, законах, наказах, розпорядженнях тощо). Причому всі ці програми і практичні заходи повинні бути довгостроковими і мати пролонгований характер. На державному рівні основними завданнями реабілітації є: формування стратегії комплексної реабілітації, її цілей, завдань, пріоритетних напрямів і механізмів; правове забезпечення процесу реабілітації; фінансування реабілітаційних програм військовослужбовців. Місцеві органи влади мають бути поінформованими про конкретні проблеми військовослужбовців-учасників бойових дій, які проживають на території їхнього підпорядкування, тобто саме вони мають виступати активними суб'єктами соціальної політики у контексті здійснення комплексної реабілітації цієї категорії населення.

Реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій на регіональному (місцевому) рівні повинна, на наш погляд, розв'язувати такі завдання: адаптацію до місцевих умов заходів реабілітаційної політики, що реалізуються державою; участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики держави; вибір пріоритетних напрямів і механізмів реабілітаційної політики для певної соціальної групи, включаючи задоволення її першочергових потреб; розробка і реалізація реабілітаційних програм; забезпечення економічних, правових, організаційно-управлінських та інших умов реалізації реабілітаційної політики в межах їх компетенції, що визначаються законом.

Опираючись на праці вчених [156; 380], з'ясовано, що досвід країн, що досягли найбільших успіхів із соціальної реабілітації (Великобританія, Німеччина, США тощо), свідчить про те, що для ефективної реабілітації і формування її як системи, необхідно на першому етапі організації цієї

системи створити Центри соціальної реабілітації. Такі Центри доцільно призначати, як це прийнято у всіх країнах, для клієнтів контингенту з найбільш високим ступенем десоціалізації і дезадаптації, коли на місці важко вирішувати питання медико-соціальної та професійної реабілітації.

У військовій авіації широко застосовують систему активного відновлення працездатності льотного складу на базі спеціальних центрів і класів психологічного розвантаження і мобілізації.

Повністю підтримуємо думку зарубіжних учених [156; 399] у тому, що створення спеціальних служб для соціальної реабілітації – це наслідок гуманізації соціального життя, а також, зрозуміло, і ускладнення соціального життя, соціальної структури суспільства, що й викликає появу феномену спеціальної мобілізації частини населення (не тільки створення армії, а й інших воєнізованих підрозділів, рятувальних служб). Тому і значення соціальної реабілітації в суспільстві все більше зростає.

Окрім реабілітаційних центрів і соціальних структур та служб, що займаються організацією і здійсненням реабілітаційної діяльності, варто зосередити увагу на громадських організаціях та об'єднаннях. Однією з перших спонтанних форм соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій 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 проблем. Це пояснюють прагненням опинитися у звичному для себе середовищі життєдіяльності, бажанням бути в постійному контакті з бойовими товаришами [30].

Слід враховувати той факт, що доволі вагому роль у процесі здійснення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій відіграють рідні, близькі друзі, громада тощо. Всередині спеціально створеного мікросередовища вони 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 (у додатку А ми представили практичні механізми реалізації соціальної політики щодо організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій).

У дослідженнях В. Березовця наголошено 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 [30].

На основі вивчення поглядів науковців [4; 30; 156; 380], у практичному аспекті, до числа основних напрямів реабілітації з військовослужбовцями-учасниками бойових дій нами було віднесено такі:

1) встановлення ступеня і характеру складності медичних, нервово-психологічних, педагогічних розладів та визначення індивідуально-особистісних особливостей, які передбачають реакцію військовослужбовців на отриману психічну травму, розробка та впровадження комплексних реабілітаційних заходів;

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

3) регуляція та зменшення негативного впливу порушених функцій організму, загальна корекція психофізіологічного стану військовослужбовців на основі використання психотерапевтичних, фізичних і психофармакологічних впливів;

4) мобілізація особистості, формування у військовослужбовців оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми та націлення на потребу подолання виниклих станів, виховання необхідних особистісно-вольових якостей;

5) формування в особового складу ЗСУ, які були залучені до виконання бойових операцій, чітких уявлень про фактори ризику і усвідомленого ставлення до заходів, що дозволяють їх усунути;

6) оптимальне вирішення психотравмувальної ситуації через відновлення соціального статусу, налагодження механізмів адаптації військовослужбовців до умов зовнішнього середовища за допомогою стимулювання соціальної активності й використання психолого-акмеологічних методів;

7) оцінка фізичної, сенсорної та розумової працездатності, організація та проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; цілеспрямована діяльність щодо продовження активної службової діяльності та виконання військових обов'язків;

8) аналіз змін психічних станів під час організації реабілітації; системна та комплексна діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму; оцінка ефективності впливу та корекція (в разі реабілітаційних заходів).

Виокремлені вище напрями реабілітації утворюють систему заходів і повинні здійснюватися поряд з економічними, юридичними, соціальними та психологічними заходами, тим самим підкреслюючи комплексність реабілітаційних дій з такою категорією населення як військовослужбовці-учасники бойових дій.

Організаційно-методичні підходи до системи медичної реабілітації дали змогу розробити 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.

Фахівці [30; 32; 113; 341; 379] стверджують, що для ефективної реабілітації та лікування необхідні такі умови:

- позитивне ставлення до військовослужбовців-учасників бойових дій з боку суспільства (нині це ставлення є проекцією відношення до екстремальних подій загалом);

- позитивна оцінка військовослужбовців у їхніх власних сім'ях;

- можливість розповідати про пережите.

Слід зазначити, що проблема стресів і ПТСР військовослужбовців-учасників бойових дій виходить за суто медичні рамки і набуває соціального контексту. Тому у її вирішенні мають приймати участь різні фахівці – медики, психологи, психіатри, психотерапевти, соціальні працівники, реабілітологи тощо. Але, на жаль, як визнає В. Березовець [30], ця «співдружність фахівців» не в змозі кардинально розв'язати проблему ПТСР.

Для реалізації програм з реабілітації в країнах Європи найважливішу роль відіграє наявність спеціалізованих кадрів. Наприклад, в Болгарії існує така номенклатура фахівців, які повинні здійснювати соціальну реабілітацію:

- середні медичні працівники, до обов'язків яких належить проведення заходів з трудотерапії у осіб, які проходять курс відновлювального лікування при соматичних і психічних захворюваннях;

- психологи, серед завдань яких проведення оцінки інтелекту осіб, які підлягають реабілітації, а також психоемоційних змін, що наступили в результаті захворювання;

- соціальні працівники, до завдань яких входить патронаж і надання допомоги клієнтам при здійсненні необхідних соціально-економічних заходів, пов'язаних з реабілітацією;

- консультанти з професійних питань, завдання яких – визначати місце і вид професійної діяльності для клієнтів;

– соціальні педагоги, в число завдань яких входить організація самодопомоги сім'ям та місцевого оточення клієнтів [446].

Подібної думки притримується А. Бурлак [113], який наголошує на мультидисциплінарній команді, до якої входить фахівець відділення відновлювального лікування або медично-фізкультурного диспансеру (інструктор або лікар ЛФК, фахівець з працетерапії, психолог). Так, А. Маклаков [282] для надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, сформував спеціалізовану групу, до складу якої, крім психолога, входили психофізіологи, психіатр і лікар-психофармаколог. Для проведення соціально-педагогічної реабілітації військовослужбовців-інвалідів В. Могільов [298] пропонує такий склад команди фахівців з реабілітації: психотерапевт, невропатолог і військовий психолог.

У реабілітаційних центрах повинні працювати лікарі, психотерапевти, клінічні психологи, медичні сестри, – переконана Л. Литвиненко [273]. 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» [307] зазначено, що медико-психологічна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій 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. Основним керівником є лікуючий лікар.

Аналіз функціональних обов'язків посадових осіб військової частини дав змогу В. Мисюрі [297] визначити їх конкретну участь у психологічній реабілітації військовослужбовців у складі мультидисциплінарної команди. По-перше, командир, а також усі посадові особи військової частини (підрозділу) зобов'язані робити все можливе для збереження високого рівня боєздатності військовослужбовців у конкретних умовах обстановки. Їх найважливішим завданням є по-перше, недопущення нервово-психічного

виснаження особового складу. По-друге, спостерігаючи за діями воїнів і оцінюючи їх поведінку, і морально-психологічний стан, командири зобов'язані визначати реакцію на страхітливую обстановку. По-третє, командири і всі посадові особи повинні турбуватися про збереження емоцій військовослужбовців, уміло керувати та налагоджувати позитивний емоційний стан, базуючись на знаннях з психології. По-четверте, командири і офіцери органів виховної роботи, використовуючи добре продуману систему інформації, мають нівелювати негативні чутки, знижувати вплив уяви і фантазії комбатантів. По-п'яте, командири та офіцери органів виховної роботи, на основі використання різних психологічних прийомів, форм і методів виховного впливу на особовий склад, зобов'язані здійснювати позитивний вплив на характер переживань, а також на ступінь психічної напруги. По-шосте, командири усіх ступенів повинні володіти ґрунтовними знаннями та мати сформовані навички і досвід для того, щоб ефективно управляти психічними станами своїх підлеглих в умовах бойової обстановки і надати їм, у разі необхідності, першу психологічну допомогу під час отримання бойової психічної травми. У свою чергу, медичні працівники будь-якої спеціальності повинні володіти необхідними теоретичними знаннями і практичними вміннями й навичками в галузі військової психоневрології в інтересах здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Успішну професійну мультидисциплінарну команду можна вважати головною умовою здійснення реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій, оскільки така організація роботи дає змогу досить ефективно і швидко вирішувати однопланові завдання та проблеми за рахунок чіткого розподілу функціональних ролей фахівців мультидисциплінарної команди та взаємодії різних соціальних установ, закладів, залучених до реабілітаційного процесу.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики з'ясовано, що соціальний працівник виступає головним

суб'єктом мультидисциплінарної команди. Діяльність соціальних працівників щодо реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій характеризується чіткою послідовністю і логікою етапів, зазначенням способів взаємодії учасників реабілітаційного процесу на кожному етапі, сукупністю форм, методів, технологій і прийомів, критеріями оцінки ефективності отриманих результатів. Організація і проведення комплексної реабілітації має бути організована з урахуванням соціально-педагогічних дій (використання найефективніших методів і технологій соціально-педагогічного впливу; налагодження суб'єкт-суб'єктного (гуманістичного) спілкування з клієнтом та забезпечення взаємної співпраці усіх фахівців мультидисциплінарної команди при розв'язанні проблем військовослужбовців-учасників бойових дій).

Дослідники [189; 537; 540] по-різному визначають функціональний спектр соціального працівника в контексті здійснення реабілітаційної діяльності таких клієнтів як військовослужбовці-учасники бойових дій. До прикладу, О. Берецька [31] наголошує на аналітико-діагностувальній, прогностичній, конструктивно-організаційній, освітньо-виховній, попереджувально-профілактичній, коректувальній, комунікативній, охоронно-захисній функціях, які має виконувати соціальний працівник. Однією з професійних характеристик соціального працівника ми визнаємо педагогічну компетентність, яка охарактеризована як «інтеграційне, особистісно-діяльнісне утворення, в якому змістовно-діяльнісна складова представлена збалансованим поєднанням педагогічних та професійно необхідних знань і умінь, що дають змогу фахівцеві соціальної роботи вирішувати як педагогічні, так і комплексні професійні завдання. 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.

До характеристик соціального працівника відносимо 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» [31, с. 11].

Завдання *педагога-реабітолога* попередити, ліквідувати психічні зміни і створити умови для психологічної адаптації хворого до життєвої ситуації, що змінилася в результаті хвороби [112].

Аналіз дисертаційного дослідження О. Берецької [31], дав нам змогу виділити ключові характеристики при організації та проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Основними були визнані такі:

- 1) визнання військовослужбовця у якості активного суб’єкта реабілітаційного процесу;
- 2) врахування його унікальності, самоцінності, самотності як основного суб’єкта реабілітаційного процесу;
- 3) поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації як ефективних механізмів, що впливають на рушійні сили внутрішнього розвитку військовослужбовців.

На основі проведеного загальнотеоретичного аналізу окресленої проблематики з’ясовано, що мультидисциплінарний підхід при проведенні реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій передбачає комплекс різних видів реабілітації (психологічної, медичної, соціальної, педагогічної тощо). При цьому її організацією і реалізацією мають займатися висококваліфіковані фахівці мультидисциплінарної команди (соціальний працівник, психолог, реабітолог, лікар тощо) з чітким розподілом функціональних обов’язків та ролей.

У зазначеному контексті подальші наші напрацювання повинні стосуватися розробки цілісної системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій на основі використання методів проектування й моделювання.

3.3 Модель системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

Військовослужбовці, які побували в «гарячих точках», особливо ті, хто постраждав при виконанні службових обов'язків, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи їх комплексної реабілітації, підтримки та милосердя як громадяни, які чесно виконали військовий, службовий і патріотичний обов'язок. Ми переконані, що правильно організована система комплексної реабілітації сприятиме відновленню здібностей військовослужбовців до нормальної життєдіяльності і дасть змогу запобігти появі ПТСР.

Координація та інтеграція зусиль інститутів соціальної реабілітації, спрямованих на організацію і здійснення реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що були учасниками бойових дій, будемо вирішити в межах системного підходу, що поєднує в собі необхідні аспекти інших підходів (комплексний, технологічний, мультидисциплінарний), розглянутих у п. 3.1. Коротко проаналізуємо підходи науковців до трактування наукової дефініції «система». У науково-довідкових джерелах систему (від грецьк. Σύστημα – ціле, складене з частин, з'єднання) трактують як:

- сукупність елементів, що знаходяться у відносинах і зв'язках один з одним, яка утворює певну цілісність, єдність [320];
- сукупність елементів, які функціонують за притаманними лише їй внутрішніми законами [20];

– складний об’єкт – сукупність якісно різних досить стійких елементів, взаємно пов’язаних складними й динамічними відносинами [422];

– порядок, обумовлений планомірним, правильним розташуванням частин у певному зв’язку, з суворою послідовністю дій [496].

Наведені позиції науковці дозволили нам сформулювати завдання системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, а саме:

- 1) робити методику проектування реабілітаційного простору;
- 2) представити технологію організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях;
- 3) запропонувати змістове наповнення системи організації комплексної реабілітації комбатантів (форми, методи, засоби реабілітації);
- 4) розробити й апробувати методику діагностики потреб та проблем військовослужбовців учасників бойових дій.

Розробляючи систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, ми звернулися до методу педагогічного моделювання, що пояснюється як «метод наукового дослідження; основа розроблення нової теорії; механізм визначення перспективи розвитку» [353, с. 248]. До уваги було взято те, що моделювання – «метод опосередкованого пізнання за допомогою штучних і природних систем, які зберігають деякі особливості об’єкта дослідження та створюють можливість репрезентувати цей об’єкт у певних відношеннях і надати про нього нові знання» [484, с. 42].

Науковці по-різному використовують термін «модель». Серед основних визначень представимо такі:

- зразок, що відтворює, імітує будову і дію якого-небудь об’єкта, використовується для одержання нових знань про об’єкт [124];
- «наступний результат абстрактного узагальнення практичного досвіду, а не прямий результат експерименту» [251, с. 268];

– графічно представлена система, яку можна коригувати і вдосконалювати залежно від змін умов і вимог суспільства [427, с. 229];

– результат абстрактного узагальнення практичного досвіду, співвіднесення теоретичних уявлень про об'єкт і емпіричних знань про нього; ілюстрація методики, спрямованої на досягнення мети [484, с. 39].

У контексті організації та здійснення реабілітації військовослужбовців модель розглядають як «сукупність взаємопов'язаних компонентів, покликаних і здатних послідовно і максимально ефективно використовувати засоби соціально-культурної діяльності в реабілітації досліджуваної групи людей» [414, с. 16]. Дослідники [153; 439] переконані, що модель замінює об'єкт дослідження та фактично є інформаційним зображенням об'єкта. Вона обов'язково має містити ключові риси об'єкта, відповідати його структурі та відображати системні зв'язки.

Застосовуючи моделювання як науковий педагогічний метод, ми визначили низку принципів науково-теоретичних позицій, що обґрунтовують сутність представленої моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. По-перше, розроблена нами модель інтегрує зусилля не тільки фахівців мультидисциплінарної команди, але й сприяє активній співпраці різних соціальних установ, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію цієї категорії клієнтів. По-друге, запропонована модель має не тільки теоретичне, але й конкретно-практичне значення, тому що пов'язана з безпосередньою практикою роботи соціальних реабілітаційних установ, які здійснюють комплексну реабілітацію військовослужбовців, й апробована в реальних умовах. По-третє, модель відповідає основним технологічним вимогам: концептуальність, системність, реалістичність, керованість, ефективність, оптимальність, інноваційність. По-четверте, розроблену модель можна модифікувати, адаптуючи до умов, наближених до бойових, тому що вона заснована на компонентах (елементах) універсального характеру. Універсалізації зазначеної моделі сприяє й те, що при її розробці ми

опиралися на загальнонаукові методологічні підходи (системний, комплексний, технологічний, мультидисциплінарний) і загальнонаукові принципи (комплексності; наступності; послідовності; безперервності; диференційованості). Дієвість реабілітаційної діяльності забезпечується специфічними (психологічними (оперативності; гнучкості; багатоступеневості; невідкладності; індивідуального підходу); медичними (максимального синергічного співробітництва; багаторівневого характеру саногенних заходів); соціальними (цілісності; гармонійності; динамічності; системно-синергетичний; неперервності; нової моделі інвалідності); педагогічними (гуманізації; індивідуалізації; взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди; забезпечення педагогічної підтримки; системності) принципами.

У структурі авторської моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ми виділили *методологічний, змістовий, процесуальний і результативний* блоки. Графічне зображення моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій представлено на рис. 3.1.

Зупинимося на більш ґрунтовній характеристиці виокремлених блоків моделі системи. Методологічний блок передбачає проектування мети, обґрунтування психосоціальних моделей реабілітації, методологічних підходів і принципів.

Мету системи ми сформулювали таким чином – організувати й провести комплексну реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій. З методологічної точки зору мета конкретизується відповідними завданнями. До найбільш вагомих віднесено: 1) надання військовослужбовцю практичної допомоги у відновленні психічного й фізичного здоров'я для продовження професійної діяльності; 2) корекція соціальної поведінки комбатантів; 3) адаптація комбатантів до умов мирного життя.

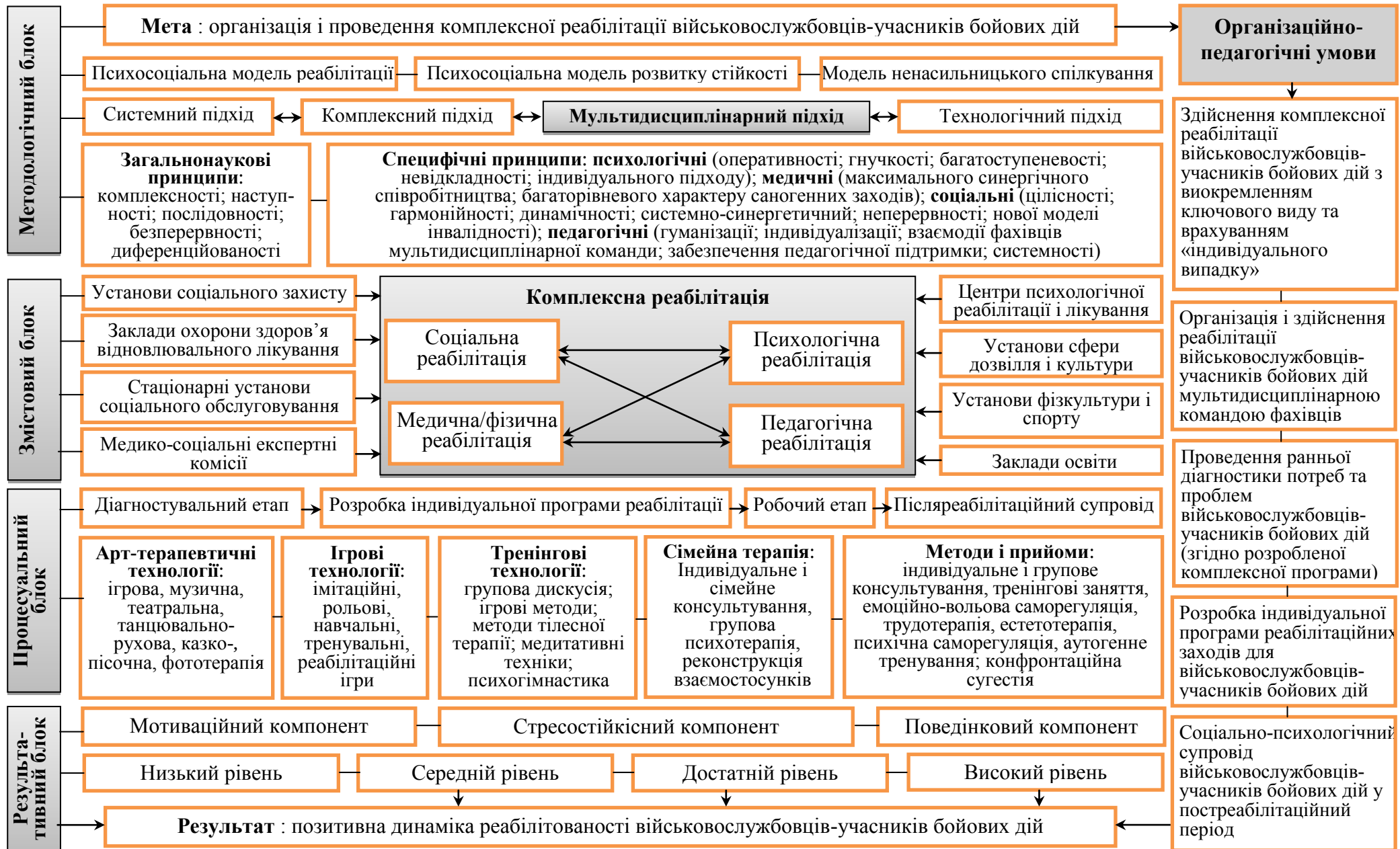


Рис. 3.1. Модель системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

У нашому баченні, для визначення механізму дії реабілітаційного процесу, варто враховувати психосоціальні моделі реабілітації. При виборі моделей ми керувалися, по-перше, аналізом зарубіжного досвіду й існуючих зарубіжних моделей реабілітації, по-друге, специфікою військовослужбовців-учасників бойових дій, як особливої категорії, що вирізняється специфічними психологічними проблемами: наявністю невротичних реакцій (стресове виснаження, фобічні реакції, підвищена тривожність, прояви агресивної поведінки); функціональними розладами (психосоматичні розлади); емоційними та поведінковими порушеннями (реакції протесту, підвищена плаксивість та капризність, часті зміни настрою); порушенням взаємовідносин у сім'ї та близькому оточенні (неготовність жити в мирних умовах).

Серед існуючих моделей ми виокремили ті, які враховують психосоціальні чинники впливу на військовослужбовців та динаміку їхньої соціальної дезадаптації; формування адаптаційного ресурсного потенціалу за умови зміни соціального середовища (потрапляння у зону бойових дій).

Психосоціальна модель реабілітації Н. Сарджвеладзе [404], зосереджена на відновленні нормального соціального і побутового функціонування людини, її духовного світу. Для цього мультидисциплінарній команді важливо розуміти базові настанови, уявлення (ілюзії) про картину світу військовослужбовця, які в результаті травматизації значно змінилися й потребують ретельного розпізнавання та корекції. Виходячи з цього, реабілітаційна робота з військовослужбовцями спрямовується на подолання отриманого травмувального досвіду, особистісний розвиток та інтеграцію їх у «мирне» суспільство. У запропонованій моделі увага зосереджена на мобілізації внутрішніх ресурсів військовослужбовців і їхнього близького оточення – сім'ї, друзів, колег, громади.

Психосоціальна модель розвитку стійкості М. Еувема [173], в основі якої покладено поняття «стійкість», що розглядається у якості універсальної

здатності, що дає змогу людині запобігати, мінімізувати або долати згубні наслідки того чи іншого нещастя, проблеми. Незважаючи на будь-які потрясіння у житті військовослужбовця (інвалідність, смерть друзів, втрата сім'ї тощо), він може опиратися як на свої внутрішні ресурси, так і зовнішню підтримку для адаптації до нових умов. Варто враховувати той факт, що вплив негативних чинників на військовослужбовців-учасників бойових дій носить кумулятивний характер, тобто, маючи один чинник ризику, військовослужбовець ймовірно буде чутливим до інших (наприклад, людина, яка зазнала насильства, в подальшому буде його продукувати, сприяючи появі та розвитку деструктивних емоційних станів).

Психосоціальні втручання передбачають роботу з захисними чинниками, які можуть нейтралізувати дії багатьох ризиків, з якими стикаються військовослужбовці. Йдеться про конструктивні механізми подолання труднощів усередині самого військовослужбовця, які проявляються у вигляді набутих навичок та здатностей, що розвиваються впродовж життя і допомагають впоратися з труднощами; підтримки близького оточення; взаємодію з іншими військовослужбовцями, побудовану на принципах рівності; почуття нормалізації ситуації та майбутньої перспективи; безпеки, захисті у фізичному та емоційному плані.

Модель ненасильницького спілкування (NVC–Nonverbal Communication)

М. Розенберга [135; 392; 545] ґрунтується на ідеї розуміння людиною власних потреб і потреб людей, які її оточують. Згідно з цією моделлю всі люди мають здатність до співчуття, а до насильницької або ворожої поведінки вдаються оскільки не знають інших ефективніших стратегій для задоволення потреб. Відповідно, така поведінка проявляється у спілкуванні за допомогою оцінювальних суджень, критики, погроз, вимог, примусу, які уводять людину від природного стану співпереживання, сприяючи появі нетерпимості до себе та інших людей. Таке спілкування призводить до глибоких внутрішніх ран, які в свою чергу викликають депресії, гнів, роздратування, невдоволення, фізичне насильство. Модель NVC передбачає

навчання максимально зрозуміло й усвідомлено виражати чотири інформаційні компоненти (спостереження (без осуду та звинувачень), почуття (без обдумувань), потреби (без стратегій), прохання (без вимог)), і відповідно отримувати ці ж самі компоненти від інших людей.

Провідними елементами методологічного блоку системи, взаємодія яких впливає на організацію комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, ми визначили *методологічні підходи* – системний, комплексний, технологічний і мультидисциплінарний, які детально представлені у п. 3.1, п. 3.2. і принципи, які, у свою чергу, були розподілені на дві групи – загальнонаукові і специфічні (детально висвітлені у п. 3.1).

Змістовий блок розробленої моделі системи передбачає організацію і здійснення комплексної реабілітації з виокремленням різних видів (соціальної, психологічної, медичної/фізичної, педагогічної) та їхньої комбінації (п. 1.4). Для розв’язання завдань медико-соціально-психологічної реабілітації потрібно організувати диспансеризацію військовослужбовців, які отримали травми в ході бойових дій, та осіб, які не мають інвалідності, але є учасниками бойових дій. Крім того, для здійснення успішної соціально-психологічної адаптації та інтеграції у мирне життя або професійну діяльність, необхідно проводити індивідуальну, групову та сімейну психотерапії, психологічне/сімейне консультування, соціально-психологічні тренінги тощо.

Педагогічна реабілітація учасників збройних конфліктів передбачає створення умов для здобуття професійної освіти в установах загальної системи професійної освіти, в освітніх установах соціального захисту та зайнятості, а також шляхом навчання на робочому місці. Комплекс заходів щодо сприяння соціально-педагогічній реабілітації інвалідів та учасників бойових дій, передбачає професійну орієнтацію; навчання, перенавчання, підвищення кваліфікації; професійну адаптацію; надання допомоги в отриманні робочого місця, включаючи сприяння при вступі на роботу; надання для спеціального робочого місця інваліда допоміжних технічних

пристосувань або додаткового обладнання. Ми переконані, що тільки комплексне поєднання усіх видів реабілітацій дасть позитивний ефект від проведення практичних заходів, оскільки методи і технології, які використовують у реабілітаційному процесі взаємодоповнюють одне одного, тим самим підсилюючи реабілітаційно-корекційно-терапевтичний ефект.

Проведення комплексної реабілітації потребує, по-перше, відповідних умов, йдеться про спеціалізовані установи, де відбуватиметься реабілітація, по-друге, відповідного кадрового складу мультидисциплінарної команди – фахівців, які організовуватимуть, проектуватимуть, здійснюватимуть та контролюватимуть цей процес (п. 3.2).

До складу системи організації комплексної реабілітації повинні входити реабілітаційні установи різного рівня (регіональні) та різної відомчої приналежності, функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечують поетапне і послідовне відновлювальне лікування військовослужбовців-учасників бойових дій. Система установ реабілітації повинна забезпечувати наступність ланок «стаціонар – санаторій – поліклініка – соціальні установи» і «поліклініка – соціальні установи – заклади освіти».

На регіональному (міському) рівні до таких установ ми віднесли:

- 1) установи соціального захисту (багатопрфільні Центри комплексної реабілітації, спеціалізовані навчальні заклади початкової та середньої професійної освіти; спеціалізовані Центри комплексної реабілітації);
- 2) заклади охорони здоров'я відновлювального лікування; відділення відновлювального лікування в лікарнях; поліклініки відновлювального лікування; шпиталі для інвалідів та учасників бойових дій; санаторії Міноборони;
- 3) заклади освіти (навчальні заклади середньої професійної та вищої освіти);
- 4) установи служби зайнятості (Центри професійної реабілітації

інвалідів і учасників бойових дій);

5) установи сфери дозвілля і культури (бібліотеки, екскурсійні бюро, музеї, клуби, центри творчості тощо);

6) установи фізкультури і спорту (спортивні клуби, фізкультурно-оздоровчі комплекси, стадіони тощо);

7) регіональні центри психологічної реабілітації і лікування; служби соціально-психологічного відновлення учасників АТО;

8) медико-соціальні експертні комісії, що проводять медико-соціальну експертизу для встановлення інвалідності на основі направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності [365]. До складу медико-соціальних комісій входять представники МОЗ, Мінсоцполітики, Міноборони, закладів охорони здоров'я МВС, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, представники Пенсійного фонду України, органів державної служби зайнятості, працівники науково-педагогічної та соціальної сфери;

9) стаціонарні установи соціального обслуговування (будинки-інтернати для інвалідів, психоневрологічні інтернати);

10) соціальні притулки – стаціонарні соціально-медичні установи для тимчасового або постійного проживання інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування.

В організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у складі мультидисциплінарної команди головна роль відведена соціальному працівникові, який виконує такий спектр функціональних обов'язків:

– діагностувальну, що була спрямована на встановлення «соціального

діагнозу» – оцінку сімейного стану, міжособистісних відносин у військовому колективі, визначення кола інтересів та здібностей, розвиток яких сприяв би формуванню Я-концепції як важливого показника реабілітованості комбатанта;

– організаційну, що передбачала активізацію професійної діяльності фахівців мультидисциплінарної команди та відповідних соціальних служб, що опікуються комплексною багатoproфільною реабілітацією;

– освітню, що була спрямована на залучення комбатантів до життя в мирному соціумі, формування у них адекватного ставлення до сім'ї, родичів, друзів, колег по роботі; активізацію внутрішніх резервів комбатантів як важливої рушійної сили реабілітаційного процесу; проведення тренінгових занять, сімейної психотерапії;

– прогностичну, метою якої було прогнозування та проектування реабілітаційних заходів з військовослужбовцями, їхніми сім'ями, найближчим оточенням;

– соціально-терапевтичну, спрямовану на корекцію та лікування деструктивних емоційних станів, стресів, ПТСР та їх наслідків;

– організаційно-комунікативну, що передбачала розширення комунікативної сфери комбатантів, організації клубів за інтересами, проведення тренінгових занять.

Процесуальний блок представлений технологією реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами. Так, діагностувальний етап передбачає проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців-учасників бойових дій. Основне завдання цього етапу полягає у визначенні психоемоційного стану й індивідуально-психологічних особливостей комбатантів. На другому етапі на основі аналізу отриманих у ході діагностики даних із метою найбільш ефективної реалізації реабілітаційного потенціалу комбатанта з урахуванням його індивідуальних особистісних особливостей і запиту відбувається розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з чітким визначенням комплексу реабілітаційних

методів і технологій. Робочий етап зосереджений на практичному виконанні реабілітаційних заходів, передбачених ІПР. Вибір форм (групова / індивідуальна) реабілітаційних заходів будується і проводиться відповідно до діагностувальних досліджень. На завершальному етапі відбувається післяреабілітаційний супровід військовослужбовців, що дозволить ефективно спостерігати за динамікою їхнього психоемоційного стану. Соціально-психологічний супровід надається як військовослужбовцям, які повернулися до виконання службових обов'язків у зону військових дій, так і тим військовослужбовцям, які повернулися до мирного життя.

Вагомим елементом процесуального блоку ми визначили комплекс інноваційних психотерапевтичних методів і різноманітних технологій (арт-терапевтичних, тренінгових, ігрових, сімейна терапія) (п. 2.2, п. 2.3, п. 2.4). Вважаємо, що їх органічне поєднання сприятиме проведенню ефективної комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб.

Слід зазначити, що комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій спрямована на подолання проявів ПТСР, ґрунтується на концепції посттравматичних стресових реакцій і залежатиме від поєднання різних видів психотерапії (психодинамічної, когнітивної, поведінкової, гештальт-терапії, наркосинтетичної тощо) і форм психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної). При цьому комплексна реабілітація може носити строковий характер (crisis intervention), мати обмежений термін (brief psychotherapy) або бути розрахованою на тривалий період (long term PTSD intervention).

Результативний блок моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій представлений компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим), рівнями реабілітованості (високим, достатнім, середнім, низьким) і результатом – позитивною динамікою реабілітованості військовослужбовців.

Таким чином, можемо з упевненістю констатувати, що взаємодія та взаємозв'язок усіх названих та охарактеризованих вище блоків (методологічного, змістового, процесуального і результативного) забезпечує цілісність, дієвість та ефективність запропонованої нами моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, а також спрямована на оптимізацію практичної діяльності фахівців, які працюють в системі соціальних служб з цією категорією клієнтів, що потребують комплексної реабілітаційної діяльності.

3.4 Обґрунтування та характеристика організаційно-педагогічних умов дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій

Науковий аналіз проблеми організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій передбачає визначення низки організаційно-педагогічних умов, які, на нашу думку, дадуть змогу ефективно побудувати реабілітаційний процес. Для конкретизації та уточнення організаційно-педагогічних умов звернемося, передусім, до висвітлення наукової дефініції «умова». Зокрема, було встановлено, що в науково-довідковій літературі термін «умова» схарактеризовано як:

– «філософська категорія, у якій відображаються універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає та існує. Завдяки наявності відповідних умов властивості речей переходять з можливості в дійсність» [470, с. 482];

– «сукупність перемінних природних, соціальних, зовнішніх та внутрішніх чинників, що впливають на фізичний, психічний, моральний розвиток людини, її поведінку; виховання і навчання, формування особистості» [359, с. 36].

На основі проведеного аналізу наукової літератури щодо методологічних підходів (системного, комплексного, технологічного, методологічного), видів реабілітації (соціальної, психологічної, медичної / фізичної, педагогічної) виокремлено п'ять організаційно-педагогічних умов, реалізація яких може позитивно вплинути на процес організації та здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Варто брати до уваги той факт, що кожна умова виступає підґрунтям для наступної, що і характеризує їх тісний взаємозв'язок. Отже, всі організаційно-педагогічні умови взаємозумовлені та рівні між собою, а тому мають однаковий (рівноцінний) вплив на всі компоненти реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Дамо характеристику першої організаційно-педагогічної умови – здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку». Обираючи першу організаційно-педагогічну умову, ми виходили з тих позицій, що реабілітаційна робота має охоплювати декілька складових: психологічну, медичну/фізичну, соціальну, педагогічну. Вони мають забезпечуватися комплексом практичних реабілітаційних заходів для військовослужбовців (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Реабілітаційні заходи у системі комплексної реабілітації

Види	Комплекс заходів
Педагогічна реабілітація [474]	1) власний приклад; 2) переконання; 3) метод інклюзії; 4) бесіда; 5) консультування; 6) організація походів; 7) екскурсії; 8) соціотерапія; 9) дидактичні ігри, вправи

Фізична реабілітація [209; 525; 551]	1) позиціонування – це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення для профілактики патологічних поз чи болю; 2) силове тренування, що передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м'язову силу й координацію; 3) кардіофітнес передбачає виконання аеробних вправ (ходьба, біг, велотренажер) помірної інтенсивності протягом тривалого періоду для підвищення функціонування серцево-судинної й дихальної систем; 4) тренування мобільності – це тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сидання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах; навчання використання допоміжних пристроїв для ходьби (рами чи палиці); 5) ортезування – підбір та використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили гомілковостопного суглоба (ортез), щоб підтримати вагу тіла пацієнта, поки він заново навчається ходити; 6) відновлення амплітуди рухів – відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м'язів (спастичності) й відновити діапазон руху; 7) вправи на покращення координації та рівноваги проводяться на різних м'ячах та м'яких поверхнях зі зменшенням площі опори; 8) відновлення навичок самообслуговування (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання), проведення активного дозвілля (хобі, творчі заняття); 9) вправи на дрібну моторику спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції); 10) сенсорне тренування – це вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття чутливості тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту); 11) когнітивне тренування – допомагає покращити пам'ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії; 12) дихальні маніпуляції та фізичні вправи, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секретії та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх; 13) адаптація оточуючого середовища чи помешкання для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта; 14) віртуальна реальність – нова, комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі.

Медична реабілітація [235; 306; 302; 489]	1) ЛФК – лікувальна фізична підготовка військовослужбовців, які за станом здоров'я не можуть здійснювати регулярні фізичні заняття; 2) масаж (лікувальний самомасаж; спортивний масаж); 3) кінезотерапія – напрямок, який передбачає виконання активних і пасивних рухів, вправ лікувальної гімнастики та роботи на тренажерах для досягнення терапевтичного результату; 4) фізіотерапія – використання фізіологічної дії природних (вода, повітря, сонячне тепло і світло) і штучних (електричний струм, магнітне поле) фізичних факторів для лікування; 5) механотерапія – комплекс лікувальних, профілактичних та відновлювальних вправ за допомогою спеціальних засобів (апарати, тренажери) на покращення рухливості суглобів, окремих м'язів та їхніх груп задля збільшення функціональної адаптації хворого; 6) водолікування, гідротерапія – різноманітні способи зовнішнього застосування вод з лікувальною та профілактичною метою, загальними властивостями яких є температурний, механічний та хімічний впливи; 7) гідрокінезотерапія (ЛФК у басейні) дає змогу суттєво поліпшити результати процедури лікування пацієнтів, які відчувають дискомфорт від захворювань травматологічного та ортопедичного характеру; надає можливість попередити розвиток інвалідності; 8) ароматерапія – використання ефірних олій, фітонцидів рослин для укріплення фізичного та психічного здоров'я та догляду за тілом; 9) мовна терапія займається діагностикою та терапією обумовлених захворюваннями центральної нервової системою мовних і голосових порушень, порушень читання і письма, паралічу, порушень ковтання тощо; 10) реконструктивна хірургія – втручання, корекція за медичними показаннями
Соціальна реабілітація [184; 458]	1) групова та індивідуальна робота з членами сімей учасників АТО, спрямовану на підготовку до повернення звільненої з військової або спеціальної служби особи в сім'ю та суспільство; 2) аналіз актуальної ситуації, визначення актуальних соціальних та особистісних потреб отримувача, психологічну діагностику та оформлення у разі потреби картки психологічного супроводу; 3) зустрічі із представниками ветеранських груп підтримки та взаємодопомоги, робота за принципом «рівний – рівному»; 4) соціально-психологічна просвіта та залучення до участі в реабілітаційних заходах, мотивування на роботу з надавачем; 5) групова робота та індивідуальне консультування з метою стабілізації психічного стану отримувача, формування в нього навичок самодопомоги та основ здорового способу життя; 6) інформування отримувача щодо його прав і можливостей та роз'яснення їх змісту

Психологічна реабілітація [114; 184; 441; 445; 451]	1) перша психологічна допомога – система короткотривалих невідкладних заходів, спрямованих на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану і негативних емоційних переживань людини чи групи людей, що постраждали внаслідок екстремальної чи надзвичайної події; 2) психотерапія – це науково обґрунтований та емпірично перевірений вид діяльності, спрямований на вирішення психічних, психосоматичних, соціальних проблем людини та покращення її психічного здоров'я і благополуччя, і здійснюється в межах певного визначеного набору інтервенцій (методу психотерапії); 3) групові заняття, тренінги – спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальної адаптації. Це спільна діяльність в лікувальних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички; 4) індивідуальна програма терапії – спрямована на відновлення деформованої психіки пацієнтів і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням імпульсної терапії. Робота з мислеобразами в дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти збудження центральної нервової системи. У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляції, забезпечується самовідновлення; 5) психологічний супровід – комплекс психологічних та організаційних заходів, спрямованих на моніторинг психічного стану особи, реагування на її потреби в психологічній допомозі та психологічних послугах

У цьому контексті важливою та значимою є концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, що «передбачає систему заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності» [235, с. 5]. Виходячи з цього, обов'язковою умовою ефективної реабілітації вважаємо впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних заходів кожного виду реабілітації, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як перша психологічна допомога, групові тренінгові заняття, індивідуальне консультування, тренування для відновлення здоров'я військовослужбовців.

Подібної думки притримуються українські дослідники, наголошуючи, що «під час планування реабілітаційних заходів для учасників АТО, необхідно використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби в медико-психологічній, психіатричній та соціальній допомозі» [235, с. 34]. Варто враховувати той факт, що тривалість реабілітаційного процесу є індивідуальною для кожної особи й залежить від тяжкості травми, супутніх порушень та часу надання реабілітаційної допомоги від початку захворювання. Відзначимо, що реабілітація може тривати від декількох місяців до кілька років.

Другою організаційно-педагогічною умовою ми визначили *організацію і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців*. Обираючи другу умову, ми виходили з тих міркувань, що фахівці з соціальної, психологічної, фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими фахівцями, сім'єю відіграють важливу роль у реалізації цілісного підходу комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Мобільні мультидисциплінарні бригади психологічної допомоги надають невідкладну психологічну допомогу та інші послуги військовослужбовцям-учасникам бойових дій.

До складу таких бригад можуть входити надавачі психологічних послуг, соціальні працівники, психіатри, медичні працівники, у тому числі й ветерани війни та учасники бойових дій. Спробуємо визначити склад мультидисциплінарної команди, учасники якої проводитимуть ефективну комплексну реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій.

Соціальний працівник, завдання якого – покращити благополуччя військовослужбовців-учасників бойових дій за рахунок надання їм необхідної соціальної підтримки. Він не займається діагностикою і лікуванням. До соціального працівника звертаються тоді, коли потрапляють в несприятливі соціальні ситуації: різке погіршення житлових умов, втрата

роботи, серйозна хвороба, інвалідність, а також різного роду залежності (алкоголізм, наркоманія тощо).

Вітчизняні дослідники [236] наголошують, що до проведення заходів за психологічним напрямком реабілітації залучаються фахівці, які мають диплом про повну вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем не нижче спеціаліста або магістра за спеціальністю: «психологія», «практична психологія» або «медична психологія», а також мають загальний досвід роботи за спеціальністю (фахом) «психологія», «практична психологія» або «медична психологія» не менше 5 років. Отже, йдеться про ще одного учасника комплексної реабілітації – *психолога*, головним завданням якого є створення умов для поступової асиміляції психотравмувального досвіду.

У нашому дослідженні ми наголошували на якомога ранньому проведенні реабілітаційних заходів, по можливості, у зоні військового конфлікту. Цим мають займатися *військові психологи*, пріоритетними напрямками роботи яких є проведення цілеспрямованих досліджень щодо науково-методичного забезпечення психологічної роботи у ЗС України; психологічної допомоги військовослужбовцям, що брали участь в бойових діях, операціях з підтримання миру та безпеки; розроблення рекомендацій щодо психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах бойової обстановки й після бою; недопущення до зброї осіб, схильних до нервово-психічних зривів при незначних фізичних і психічних навантаженнях, попередження самогубств; викорінювання формалізму й несумлінного ставлення посадових осіб деяких військових комісаріатів до виконання вимог керівних документів і своїх посадових обов'язків під час мобілізації; підвищення рівня професійної підготовки більшості військових психологів, викорінювання формалізму при проведенні заходів психологічного 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 [10].

Окрім розв'язання так званих психологічних проблем він має вирішувати проблеми, пов'язані з професійною реабілітацією для допомоги у працевлаштуванні й необхідністю вивчення ринку вакансій робочих місць. Однією з функцій *психологів служб зайнятості* є профорієнтація і надання психологічної допомоги населенню. Тому психологи і співробітники таких установ повинні не тільки знати особливості дезадаптивних порушень поведінки військовослужбовців-учасників бойових дій, а й уміти «проводити з ними індивідуальну і, при необхідності, групову консультативно-психологічну роботу» [254, с. 160].

Погоджуючись із медиками [209], ми переконані, що в контексті фізичної реабілітації одним із фахівців-реабілітологів має бути *кінезитерапевт*, який надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення тіла, допомагає відновити нормальний рух у суглобах та м'язах за допомогою практичних технік. Кінезіологічне втручання може проводитися за допомогою фізичних (ручних) чи механічних засобів. Фахівці з кінезитерапії спеціалізуються на відновленні рухових та сенсорних порушень; оцінюють силу, витривалість, амплітуду рухів, порушення ходьби та сенсорний дефіцит у пацієнтів. Їх завдання – розробка індивідуальної програми кінезитерапії, яка буде спрямована, головним чином, на відновлення контролю над руховими функціями військовослужбовців, у яких вони на даний час порушені.

Стратегії, що застосовують кінезитерапевти для активного заохочення використання ураженої ноги чи руки, охоплюють селективну сенсорну стимуляцію, таку як погладжування чи стискання, пасивні й активні вправи для збільшення амплітуди руху та тимчасові обмеження здорової кінцівки під час виконання різних рухових завдань. Військовослужбовці після перенесеної травми мають змогу опанувати та вивчити компенсаторні стратегії для зменшення впливу залишкового дефіциту, залучаються до постійного дозованого фізичного навантаження. Така діяльність, як доводять практики [354], допомагає зберегти свої нові рухові вміння та навички.

На основі опрацювання наукових джерел [209; 551] та вивчення практичного досвіду, було з'ясовано, що кінезитерапія акцентує увагу на практикуванні ізольованих рухів, неодноразово переходячи від одного виду руху до іншого та повторення складних рухів, що вимагають значної рівноваги й координації, наприклад, ходьба вгору або вниз по сходах чи безпечне переміщення між перешкодами. У тому випадку, «якщо особа надто слабка, щоб тренуватися з обтяженням власною вагою тіла, заняття проводиться під час гідротерапії (протягом якої вода забезпечує сенсорну стимуляцію разом із підтримкою обтяження вагою тіла) або у спеціальних приладах-підйомниках.

У процесі дослідження було встановлено, що *лікар-реабілітолог* крім оволодіння спеціальними знаннями з фізіотерапії, масажу, лікувальної фізкультури повинен добре орієнтуватися в багатьох видах патології, клінічного прояву різних хвороб і їх наслідків, які змінюють стан функціонального рівня органів, систем, всього організму хворих та інвалідів. Масаж, фізіотерапія, лікувальна фізкультура – неповний перелік заходів, який входить до сфери діяльності реабілітолога. Окрім цього, як доводять фахівці [424], він повинен досліджувати і оцінювати за допомогою функціональних проб фізичний стан хворого для обґрунтованого призначення фізичного навантаження як важливого засобу реабілітації, а також для всіх видів контролю реабілітації на її етапах.

Слід зазначити, що склад мундирдисциплінарної команди може змінюватися. У разі необхідності можуть бути залучені інші фахівці, що здійснюватимуть реабілітацію військовослужбовців учасників бойових дій.

Третьою організаційно-педагогічною умовою визнано *проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно розробленої комплексної програми)*. Обираючи цю умову, ми виходили з тих позицій, що участь військовослужбовців у проведенні АТО на Сході України доволі часто стає причиною ПТСР. Погоджуємося із О. Тополь у тому, що «наслідки воєнно-травматичних стресових обставин

визначаються психологічними чинниками (індивідуально-типологічними, психічними, характерологічними особистісними особливостями військовослужбовця, адекватністю механізмів психологічного захисту та адаптації тощо), тривалістю дії стресових факторів та соматоневрологічною важкістю. Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10)» [454, с. 231].

У психологічному плані проведення діагностики передбачає вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність. Завданнями вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали впливу бойового стресу, є:

- 1) визначення наявності, дослідження складу та вираженості виявлених негативних психологічних наслідків бойового стресу;
- 2) з'ясування основних причин виникнення бойового стресу та прояви рецидивів;
- 3) встановлення ефективності способів перемоги військовослужбовця над негативними психологічними наслідками бойового стресу;
- 4) визначення доцільності використання комплексу методів допомоги конкретному військовослужбовцю-учаснику бойових дій.

Процес організації та проведення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар'єру, який, доволі часто, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов'язаної з пережитим ними психотравмувальним досвідом. Як наголошують науковці [114], проведення діагностувальної бесіди дає змогу військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося в умовах бойової обстановки, відредагувати емоції, пов'язані з важким періодом життя, відновити цілісну картину значущих для

них подій, глибше усвідомити і переосмислити їх, з'ясувати, як це вплинуло на їхню життєдіяльність і здоров'я.

Згідно із «Довгостроковою програмою медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» [312], передбачалося проведення поглибленого обов'язкового медичного обстеження військовослужбовців, що виконували бойові завдання. За результатами медичного обстеження військово-лікарські комісії здійснювали розподіл миротворців на три групи: перша – ті, хто потребують стаціонарного лікування, друга – ті, хто потребують санаторно-курортного лікування, третя – ті, яким для відновлення функціонального стану і підвищення працездатності передбачено відпочинок.

Показниками поведінки бійця, що вказують на необхідність термінової медичної реабілітації, група дослідників [115] називає:

- поранення чи каліцтво;
- реакції безпорадності та інтенсивного страху в результаті існування реальної психотравмувальної події, що зафіксована документально;
- нав'язливе та систематичне відтворення психотравмувальної події в уяві, що часто повторюються;
- ефект інтенсивного та раптового поживавлення психотравми під час алкогольної інтоксикації чи під час сну;
- труднощі із засинанням, поганий сон чи раннє пробудження;
- зловживання алкоголем та наркотиками;
- психогенна амнезія;
- уникнення розмов та дій, що визивають стимуляцію психотравми;
- суїцидальні наміри;
- соматичні скарги: м'язове напруження, головний біль, біль у серці, розлади шлунково-кишкового тракту, стомлюваність, запаморочення;
- системне та цілеспрямоване уникнення соціальних контактів;
- відсторонення від своїх рідних та близьких людей;
- підвищена дратівливість та агресія;

- немотивовані спалахи гніву;
- професійна та особистісна деградація.

Причому варто врахувати, що дані порушення спостерігаються не менше одного місяця.

Окрім цього, варто враховувати показники у психологічній реабілітації, що передбачає поєднання психологічних негативних ознак, представлених у додатку Б.

Підтримуючи групу вітчизняних дослідників [314; 317], пропонуємо у ході діагностики використовувати такий методичний інструментарій:

1) опитувальник для первинного скринінгу ПТСР дає змогу в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР (Додаток В);

2) опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективною в діагностиці великого депресивного розладу, так само, як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів (Додаток Г);

3) шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП – англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів ПТСР та оцінку ступеня його вираженості (Додаток Г);

4) анкета «Стрес-фактори» виявляє негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій. Її розроблено науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (Додаток Д).

Методики підбиралися таким чином, щоб вони охоплювали всі психологічні характеристики, які зазнають змін під час перебування військовослужбовців в екстремальних бойових умовах.

Ілюстрацією того, що колишні учасники бойових дій зазнають труднощів процесу адаптації до умов цивільного (мирного) життя, є їхнє

конфліктне поводження у соціальному середовищі: небажання йти на компроміси, нездатність прийняти нові «правила гри», спроби вирішити суперечки у міжособистісному спілкуванні силовими методами. Колишні солдати підходять до мирного життя з «фронтовими мірками» і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт, хоча у глибині душі розуміють, що це неприпустимо. Після чіткості та фронтової ясності, конфлікти мирного часу, коли «супротивник» не є ворогом і застосування до нього військових методів боротьби заборонено законом, нерідко виявляються складними для психологічного сприйняття військовослужбовців, у яких уже виробилася миттєва і загострена реакція на будь-яку несправедливість та небезпеку. Як доводять фахівці [441], багатьом «фронтовикам» фізично важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички «тільки що не по-їхньому» – хапатися за зброю (у прямому, або в переносному значенні). Для діагностики конфліктності ми пропонуємо використовувати тест «Самооцінка конфліктності» В. Ратнікова (додаток Е).

На підставі результатів психодіагностичного тестування, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження військовослужбовців, повинні бути розподілені на три групи:

– військовослужбовці без істотних відхилень психічного стану, які зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність, справляються зі своїми службовими обов'язками, мають нормальні взаємини в сім'ї. Такі військовослужбовці не вимагають пильної уваги психолога, вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись з психологічними проблемами, пов'язаними з перебуванням в районі виконання службових завдань;

– військовослужбовці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, відчують труднощі в повсякденному житті, але зберігають контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, які потребують проведення реабілітаційних, відновлювальних заходів;

– військовослужбовці, які мають виражені прояви посттравматичної стресової симптоматики, порушення соціальної та професійної адаптації, проблеми в родині, вимагають постійного спостереження.

Як доводять фахівці [290], лише на основі даних, які буде отримано під час проведення комплексної соціально-психолого-педагогічної діагностики та поставлених цілей, необхідно виважено підійти до підбору ефективних засобів для кожного виду реабілітації та провести реабілітаційні втручання – послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезитерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики.

Четвертою організаційно-педагогічною умовою, що буде ефективною під час організації реабілітації ми визначили *розробку індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій*. Отже, у нашому баченні, індивідуальна реабілітаційна програма розробляється фахівцями мультидисциплінарної команди з врахуванням «індивідуального випадку». Ефективність програми залежатиме від своєчасної комплексної діагностики й врахування поетапності загальних реабілітаційних заходів:

1) первинної психопрофілактики, що здійснюється на етапі перед від'їздом військовослужбовців у район проведення бойової операції для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація);

2) заходів медико-психологічної реабілітації, що здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення бойових дій;

3) заходів медико-психологічної реабілітації, що здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення бойових дій для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боєздатності);

4) медико-психологічної реабілітації, що проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють

первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;

5) відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни.

Важливою організаційно-педагогічною умовою нами було визначено також *соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період*.

Наголосимо на тому, що проблема постконфліктної реабілітації визначається соціально-психологічними та інформаційними умовами, які створені в суспільстві. «До них належать позитивне ставлення до потерпілих комбатантів з боку суспільства; позитивна оцінка їх у сім'ї; можливість ділитися пережитим з ким-небудь» [242, с. 109].

Соціальний супровід – це вид соціальної роботи, спрямований на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій населення з метою подолання життєвих труднощів, мінімізації негативних наслідків чи повного розв'язання проблем, збереження та підвищення їх соціального статусу [430, с. 8]. За визначенням, яке запропоноване Н. Пряжніковим [372], психологічний супровід є цілісним і безперервним процесом вивчення й аналізу, формування, розвитку й корекції суб'єктів праці.

Відзначимо, що соціально-психологічний супровід передбачає спостереження за військовослужбовцями-учасниками бойових дій, їх консультування та, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги після комплексної реабілітації. Так, до офіційних ресурсів соціального супроводу Н. Олексюк [330] відносить засоби, використання яких передбачене чинним законодавством та нормативно-правовими документами. Серед них дослідниця виділяє: соціальні служби, навчально-виховні заклади, державні установи і організації, діяльність яких спрямована на виконання соціальних/ соціально-педагогічних функцій, а також їх

працівників, устаткування і обладнання, документацію та технології, якими володіють спеціалісти.

Найважливішу роль у забезпеченні ефективності соціального супроводу виконують внутрішні (особистісні) ресурси учасників означеного процесу, до яких відносять такі психологічні характеристики індивіда: особистісні характеристики (особливості характеру, темпераменту, а також інтереси, мотиви, потреби і цінності); особливості пізнавальних процесів (мислення, мови, пам'яті, сприймання, уваги і уяви); «особливості прояву емоційно-вольових станів індивіда; освітній рівень; професійні та соціальні уміння і навички, так і власний потенціал сім'ї військовослужбовця у цілому» [431, с. 167].

Таким чином, на основі аналізу наукової літератури, законодавчих актів, положень про оптимізацію реабілітаційної діяльності, проведеного опитування серед військовослужбовців і фахівців соціальних служб, а також спостереження за практичною діяльністю, визначено такий спектр організаційно-педагогічних умов дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій: 1) здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; 2) організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; 3) проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно розробленої комплексної програми; 4) розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; 5) соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період.

Висновки до третього розділу

1. Для здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб найефективнішими є мультидисциплінарний, системний, комплексний і технологічний підходи. Головним системотвірним підходом визначено мультидисциплінарний, оскільки ефективність реабілітації напряду залежатиме саме від складу мультидисциплінарної команди фахівців, які здійснюватимуть її.

2. Використання системного підходу володіє вагомим потенціалом під час опису реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб як певної цілісності та як структури за функціональними ознаками її компонентів. Вибір технологічного підходу обумовлений тим, що він сприяє цілеспрямованому синтезу форм, методів і засобів реабілітації, відкриває нові можливості для методичної варіативності при організації реабілітаційного процесу військовослужбовців-учасників бойових дій; передбачає цілеспрямованість при розробці та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з чітко розробленим планом, процедурами, інструкціями і алгоритмом дій. Встановлено, що комплексний підхід базується на налагодженні взаємозв'язків у роботі між різними соціальними структурами, що займаються реабілітацією військовослужбовців та передбачає органічне поєднання різних видів реабілітації, а також комплексне застосування різноманітних форм, методів, прийомів, технологій і засобів у процесі проведення реабілітаційних заходів. Комплексний підхід базується на налагодженні тісної співпраці команди фахівців із соціальними службами, що допомагатимуть адаптуватися до умов мирного життя.

Визначено загальнонаукові принципи при проведенні реабілітаційних заходів із військовослужбовцями – комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості. Доведена ефективність специфічних принципів (психологічні, медичні, соціальні, педагогічні)

організації реабілітаційної діяльності особового складу ЗСУ, що брали участь у бойових діях, пов'язаних із певним видом реабілітації.

3. Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що брали участь у бойових діях, було розроблено систему, яка реалізується через спеціальні підсистеми – взаємопов'язані блоки, які забезпечують основу для її організації та впровадження: методологічний – мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації, психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні для кожного виду реабілітації); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечують здійснення реабілітаційних заходів із військовослужбовцями; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленими етапами; комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейної терапії та інноваційних психотерапевтичних методів і прийомів організації реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості військовослужбовців (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Системотвірним чинником моделювання системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій виступили організаційно-педагогічні умови: здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно

розробленої комплексної програми; розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період.

Основні наукові результати, викладені в розділі, опубліковані в [56; 58; 65; 70; 76; 79; 87; 88; 100].

РОЗДІЛ 4

ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

4.1 Моніторинг основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях

Особливого значення для реалізації системи комплексної реабілітації комбатантів, що були задіяні у військових діях на сході України набуває вивчення їхніх проблем та надання відповідної висококваліфікованої допомоги. Дослідники [14; 119; 125; 142; 188; 230; 244; 429] зосереджували увагу на вивченні проблем побутового, соціального, медичного та професійного характеру. Однак, шляхи їх розв'язання в більшості випадків залишаються невизначеними.

У нашому розумінні моніторинг – це системна процедура, що має на меті відстеження за певним станом об'єкта, а також чітке з'ясування усіх (позитивних і негативних) чинників, що впливають на досліджуваний об'єкт. Тобто моніторинг ми розглядаємо ефективним науковим методом, що доцільно використовувати для дослідження певного об'єкта, у нашому конкретному випадку мова йде про вивчення проблем військовослужбовців-учасників бойових дій.

З метою вивчення основних проблем особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях, нами було проведено кількісне та якісне діагностичне дослідження, яке спрямовувалося на певні аспекти. По-перше, об'єктом моніторингового дослідження були 437 військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. По-друге, основною базою експериментальної роботи на констатувальному етапі експериментального дослідження були Хмельницький обласний центр соціально-психологічної допомоги, Хмельницький обласний госпіталь

ветеранів війни, Хмельницький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (м. Вінниця), Комунальний заклад «Івано-Франківський обласний госпіталь ветеранів війни», Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1, військова частина А 3808. По-третє, з практичної сторони дослідження передбачало вивчення таких питань: з'ясування проблем при проходженні військової служби в зоні ведення бойових дій та після повернення; спектр проблем, пов'язаних із побутом, працевлаштуванням, професійною освітою тощо.

З метою повномасштабної реалізації моніторингового дослідження ми розробили анкету (додаток Ж). Вважаємо, що за допомогою анкетування зможемо прогнозувати відтворення реальної ситуації щодо означеної проблематики, бо охоплені респонденти є представниками заходу, півдня та північно-східної частини України.

Зупинимося на характеристиці тих діагностичних матеріалів, які ми отримали, що засвідчують окремі аспекти проблем військовослужбовців-учасників бойових дій. На початку моніторингового дослідження ми з'ясовували статус військовослужбовців, які були розділені на тих, хто проходить службу – 37,5 %, демобілізовані – 19,9 %. З 437 військовослужбовців учасниками бойових дій є 92,2 % респондентів. Насамперед, нас зацікавило, з якими проблемами військовослужбовці стикалися при проходженні військової служби в зоні ведення бойових дій? Кількісні дані, які відображають характер суджень респондентів, подано в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Проблеми військовослужбовців (за матеріалами суджень респондентів)

Характер домінуючих суджень	Абс. од.	У %
Відсутність належних умов для проживання в місцях дислокації	294	67,3
Фізичне та психічне перевантаження	221	50,6
Відсутність «ранньої» реабілітації на полігоні	94	21,5
Відсутність належних умов для проведення реабілітації	68	15,6

Продовження табл. 4.1

Розлучення	71	16,2
Занадто довге перебування у зоні бойових дій – більше року	379	86,7
Незадовільний стан забезпеченості військовослужбовців житлом у пунктах постійної дислокації	169	38,7
Збільшення захворювань унаслідок неналежних умов проживання	97	22,2
Брак медикаментів, військового спорядження (якісних бронежилетів, тепловізорів)	231	52,9

Кожний з військовослужбовців-учасників бойових дій називав по 2–3 проблеми. Аналіз даних свідчить, що більшість респондентів (86,7 %) на перше місце ставить «занадто довге перебування у зоні бойових дій – більше року». Це пов'язано з тим, що через неукомплектованість Збройних сил відбувається фізичне та психічне перевантаження військовослужбовців, адже бійці змушені замість чотирьох–п'яти місяців перебувати на передових позиціях до одного року.

З цього приводу наведемо міркування представника уповноваженого Верховної Ради з прав людини з питань захисту прав військовослужбовців С. Стеценка [438], який наголошує, що в країнах, на які ми орієнтуємося, якщо казати про стандарти НАТО, проводилися численні дослідження стану бійців, що виконували бойові завдання. У цих країнах прийняті відповідні нормативи, а саме – військовослужбовець не може перебувати в зоні бойових дій, де є загроза його життю, понад 75 діб, бо тоді настають такі наслідки для психіки, які важко потім здолати. У нас таких нормативів немає. Нам невідомі жодні наукові дослідження, які проводилися з цього приводу, у нас не встановлено єдиних норм, і у нас вважається, що 8 місяців перебування в зоні бойових дій, де є загроза життю бійця – нормальне явище.

На друге місце військовослужбовці віднесли «відсутність належних умов для проживання в місцях дислокації» – 67,3 %. Тобто, було з'ясовано, що військовослужбовці або живуть у наметах у пунктах постійної дислокації, або частково орендують житло в місцевого населення за власний кошт.

Так, С. Стеценко стурбований тим, що «...деякі військові частини, деякі бригади, які були сформовані в 2014 році, наразі взагалі не мають в пунктах, призначених для постійної дислокації, умов для нормального життя. Так, моніторингові візити до з'єднаних частин, які розташовані в Сумській області в містах Конотоп, Шостка, Воронеж свідчать про те, що попри чисельні обіцянки, які робилися публічно, побудувати для військових військові містечка, на цей час зроблено дуже мало, навіть те, що було заплановано будівництва казармених приміщень, не виконано. За планом Міноборони ці роботи мали бути закінчені до 30 травня 2017 року, а моніторинговий візит показав, що цього не відбулося. Ще однією проблемою представник уповноваженого Верховної Ради з прав людини з питань захисту прав військовослужбовців називає те, що у військовослужбовця за контрактом рядового, сержантського складу, витрати, пов'язані із орендою житла, не компенсуються. Кошти, які заробляє військовослужбовець, не повинні йти на забезпечення його службової діяльності, адже вони належать його родині. Коли військовий мусить витрачати кошти на себе, щоб створити елементарні умови життя як військового, то, звичайно, це викликає проблеми в їхніх родинах» [438].

Більшість половини опитаних нами військовослужбовців (52,9 %) назвали ще одну проблему під час проходження військової служби в зоні проведення бойових дій – це «брак медикаментів, військового спорядження (якісних бронежилетів, тепловізорів) тощо». «Попри те, що Міноборони звітує про готовність армії до зими, насправді військові підрозділи на південних кордонах до цих пір вдягають волонтери. Щодня надходять заявки від військових з кордонів та родичів бійців, а також скарги на те, що деякі великі військові чини, приміром, продають амуніцію та на інші зловживання» [368].

Вагомими проблемами комбатантів є «відсутність «ранньої» реабілітації на полігоні» – 21,5 % і «відсутність належних умов для проведення реабілітації» – 15,6 %. Через отримані психічні бойові травми,

відсутність належних умов для фізичної та психічної реабілітації військовослужбовців накопичуються проблеми в стосунках і у військових колективах, і в тих, хто уже звільнився.

Зокрема, 16,2 % респондентів указували на розлучення. Командири підрозділів, що перебувають і в зоні ведення бойових дій, і в місцях постійної дислокації, неодноразово наголошували на величезній кількості розлучень, коли дружини розлучаються через те, що чоловік фактично рік-два відсутній вдома. І гроші, які отримує військовослужбовець цього не компенсують.

У нашому дослідженні 22,2 % військовослужбовців відмічали збільшення захворювань унаслідок неналежних умов проживання. За моніторингом представника Уповноваженого С. Стеценка, в одній із військових частин, розташованих в Сумській області, збільшилася кількість звернень до лікарів з інфекційними захворюваннями, з загостренням хронічних хвороб. Щомісяця половина особового складу військової частини хворіє через неналежні умови проживання [438].

Беручи до уваги те, що після повернення із зони ведення бойових дій проблеми військовослужбовців не зменшуються, а навпаки збільшуються, ми намагалися визначити, з якими саме проблемами вони стикаються після повернення додому. Представимо найбільш поширені відповіді респондентів:

- «в аптеці відмовляють надавати безкоштовні ліки учаснику бойових дій» – 11,2 %;
- «відмова сім'ям військовослужбовців, учасникам бойових дій в отриманні комунальних пільг» – 11,7 %;
- «часті сварки в сім'ях» – 48,3 %;
- «неможливість повернутися до попереднього місця роботи» – 13,1 %;
- «зловживання спиртними напоями» – 45,3 %;
- «відчуття самотності, непотрібності» – 21,3 %;
- «проблеми зі здоров'ям – головні болі, проблеми зі шлунком» – 71,4 %;
- «безсоння, кошмари» – 78,1 %;

– «відчуття безнадії щодо майбутнього» – 32,3 %.

Ми одразу намагалися проконсультувати військовослужбовців щодо проблем, з якими вони стикнулися після повернення додому. Так, отримати безкоштовно ліки, які включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333, можна виключно за рецептом лікаря і за пред'явленням ветеранського посвідчення. Щодо комунальних пільг, військовослужбовці-учасники бойових дій мають право на пільгову оплату за газ, електроенергію, опалення, квартплату та інші комунальні послуги у розмірі 75 %. Причому пільги надаються лише на суму, що не перевищує межі соціальних нормативів користування житлово-комунальними послугами.

Як бачимо, спектр проблем військовослужбовців після повернення додому збільшується. Як правило, вони пов'язані з емоційними та поведінковими реакціями бійців після повернення додому, неготовністю адаптуватися до умов мирного життя. Ці проблеми військовослужбовці не можуть розв'язувати самотійно, потрібна допомога спеціально підготовлених фахівців – соціальних працівників, психологів, психотерапевтів та інших представників мультидисциплінарної команди. Хоча, як зазначає Т. Майстренко, «багато сімей, а також самі військовослужбовці відмічають ще й позитивні зміни в тих, хто повернувся додому. Йдеться про нову особистісну зрілість; більше цінується сім'я та час, проведений разом із сім'єю; з'являється почуття впевненості у собі та у власній сім'ї; військовослужбовці розуміють своє покликання та віру у свою справу і власні сили» [356, с. 7].

Наступним питанням, яке ми намагалися з'ясувати, чи мають військовослужбовці проблеми з житлом? Відповіді респондентів розподілилися таким чином: третина респондентів (35,7 %) зазначили, що не мають проблем із житлом. 30,2 % потребують покращення житлових умов, оскільки вони або проживають із батьками, або у гуртожитку. 34,1 %

комбатантів відповіли, що не мають де жити з сім'єю і змушені знімати житло, що є затратним.

Для ефективного розв'язання проблем військовослужбовців із житлом експерти пропонують запровадити таку практику, коли військовослужбовець, який потребує поліпшення житлових умов і перебуває на квартирному обліку, підписуючи контракт на службу в зоні ведення бойових дій, одночасно отримує ордер на службову квартиру, яка переходить у його власність після закінчення терміну контракту та виконання його умов; надати військовослужбовцям-учасникам АТО, а також членам їхніх сімей переважне право на участь у загальнодержавних житлових програмах, зокрема у цільовій Програмі будівництва (придбання) доступного житла («Доступне житло» 70 на 30 %); надати дітям військовослужбовців-учасників бойових дій переважне право на отримання пільгового молодіжного кредиту в межах програми, яку реалізує Державний фонд молодіжного житлового будівництва; забезпечити безоплатне надання військовослужбовцям земельних ділянок для індивідуального житлового будівництва [13].

Зазначимо, що у Державному бюджеті на 2018 рік закладено незначні кошти (понад 100 млн. грн.) на фінансову підтримку Фонду молодіжного житлового будівництва. Так, за інформацією громадської організації «Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня» у Київській та обласних держадміністраціях підрахували, що нині у черзі на отримання житла перебуває 37 тис. ветеранів АТО. Для забезпечення їхніх житлових потреб потрібно майже 22 млрд. грн. Тобто, виділених коштів явно недостатньо для задоволення тих потреб, які нині існують.

Оскільки ми проводили анкетування з військовослужбовцями в реабілітаційних центрах та госпіталях, ми намагалися визначити, чи мають вони травми, поранення або контузії і чи виплачена їм компенсація? Із 437 опитаних військовослужбовців 127 чоловік (29,1 %) отримали поранення, серед яких на першому місці травми опорно-рухового апарату (53,5 %), на другому – черепно-мозкові травми (20,5 %), на третьому – травми

периферичної нервової системи (14,2 %), на четвертому – травми органів зору, слуху, поранення черевної порожнини та інші травми (11,8 %).

Одноразова грошова допомога у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві, виплачується відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (із змінами), у порядку, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25 грудня 2013 р. № 975 «Про затвердження Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві» [201]. Зазначимо, з 15 листопада 2017 року Кабінет міністрів збільшив одноразову грошову допомогу військовослужбовцям та їхнім родинам, виплачуваної державою в разі поранення, отримання професійного захворювання, каліцтва, загибелі під час виконання службових обов'язків чи проходження служби. Отримання інвалідності I, II або III групи військовослужбовцями під час служби є підставою для виплати військовослужбовцю разової допомоги встановленого розміру. Однак, процедура надання інвалідності досить тривала, тому під час опитування військовослужбовців, ми з'ясували, що лише незначна кількість військовослужбовців (18,9 %) отримали таку компенсацію.

Ще одним важливим аспектом, який необхідно враховувати при отриманні одноразової грошової допомоги є те, що часто військовослужбовці-учасники бойових дій стикаються з тим, що лікарі в медичному заключенні при встановленні інвалідності не вказують, що інвалідність настала внаслідок поранення (травми, контузії або каліцтва), отриманого ним під час виконання військових обов'язків. Натомість роблять

записи про те, що інвалідність настала в період проходження військової служби або внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням військової служби. Така невідповідність записів має суттєве значення, бо від них залежить розмір одноразової грошової виплати. Тому військовослужбовцям-учасникам бойових дій та членам їх сімей необхідно ґрунтовно ознайомитись із нормативною базою або звертатись за безоплатною правовою допомогою до юристів.

Враховуючи той факт, що Постановою КМУ від 31.03.15р. № 200 з квітня 2015 року у державному бюджеті передбачено кошти на забезпечення постраждалих учасників АТО санаторно-курортним лікуванням, ми запитували військовослужбовців, чи використали вони своє право на безкоштовне санаторно-курортне лікування та реабілітацію? На жаль, більшість із них (77,2 %) не скористалася можливістю пройти санаторно-курортне лікування, оскільки, для отамання путівки особи повинні перебувати на обліку в органах соціального захисту населення за зареєстрованим місцем проживання. Більшість з військовослужбовців або повертаються після лікування в район бойових дій, або не збирають необхідних довідок, тим самим позбавляючи себе можливості пройти лікування у спеціальних санаторно-курортних закладах відповідно до медичних рекомендацій. Навіть якщо військовослужбовець немає поранення, він має право як учасник бойових дій щороку проходити санаторно-курортне лікування строком від 18 до 21 дня.

Правомірно, що нас зацікавило питання, пов'язане з реабілітацією військовослужбовців. Згідно з відповідями респондентів із 437 опитаних нами респондентів лише 42 (9,6 %) проходили курс реабілітації. Слід зазначити, що органи соціального захисту населення організовують направлення учасників бойових дій до реабілітаційних центрів, установ, організацій, які здійснюють психологічні реабілітаційні заходи. На жаль, військовослужбовці не користуються цими послугами, пояснюючи це тим, що «реабілітація нічого не дасть», «що вони можуть розуміти, коли не були

там» або відкрито висловлюють недовіру до фахівців, що здійснюють реабілітацію.

Під час моніторингу було запропоновано визначити, чи є у військовослужбовців-учасників бойових дій проблеми з працевлаштуванням або поновленням за місцем праці до призову? Відповіді респондентів розподілилися таким чином:

– 67 чоловік (15,3 %) – у минулому приватні підприємці, змушені були закрити власну справу, пояснюючи це тим, що бізнес потребує постійного контролю, а перебуваючи в зоні ведення бойових дій, це неможливо здійснювати;

– 171 військовослужбовець (39,2 %) – після повернення додому планують шукати нову роботу, оскільки деякі з них не впевнені, чи зможуть повернутися до неї і працювати як раніше, а деяких уже сьогодні не влаштовує низька заробітна плата;

– 87 чоловік (19,9 %) – вирішили після шпиталю повернутися до своєї військової частини, оскільки не уявляють себе без військових дій;

– 112 чоловік (25,6 %) – планують повернутися до своєї попередньої роботи.

На жаль, Державна служба України з питань праці отримала близько 200 звернень щодо порушень прав військовослужбовців-учасників бойових дій, зокрема це стосується дотримання права на гідну працю та соціальні гарантії на збереження робочих місць і виплату заробітної плати (сума боргу по зарплаті – 2 млрд. грн.) тим, хто був прийнятий на військову службу під час мобілізації [185].

Наступним питанням, пов'язаним із працевлаштуванням, ми визначали, чи є у комбатантів бажання здобути додаткову освіту або пройти курси перекваліфікації? По-перше, ми з'ясували, що 25,9 % респондентів мають закінчену вищу освіту, 40,7 % – закінчили технікуми або училища, 6,9 % – не завершили навчання у ЗВО, 26,5 % респондентів закінчили загальноосвітню школу. Приємно відзначити, що 67 чоловік (15,3 %) виявили бажання

отримати вищу освіту, пояснюючи це тим, що без неї неможливо знайти високооплачувану роботу. 54 комбатанти (12,4 %) відзначили, що непогано було б отримати ще якусь додаткову освіту, особливо якщо це безкоштовно.

Під час моніторингу було запропоновано визначити, які є проблемні питання у військовослужбовців-учасників бойових дій? Кількісні дані, які відображають характер суджень респондентів, представлені в табл. 4.2. Зазначимо, що із 347 респондентів на проблемні питання вказали 220 чоловік, що становить 50,3 % опитаних військовослужбовців.

Таблиця 4.2

**Проблемні питання військовослужбовців-учасників бойових дій
(за матеріалами суджень респондентів)**

Характер домінуючих суджень	Абс. од.	%
Влаштування дитини в дитячий садочок	39	17,7
Влаштування дитини до школи	13	5,9
Неможливість отримання безкоштовних послуг протезування в разі інвалідності	48	21,8
Отримання житла сім'ям військовослужбовців-учасників бойових дій в разі відсутності власного житла	64	29,1
Неможливість отримання статусу «учасник бойових дій»	56	25,5
Разом	220	100

Аналізуючи проблемні питання комбатантів, особливу увагу ми звернули на те, що військовослужбовці-учасники бойових дій, які отримали статус (посвідчення) учасника бойових дій, мають право на користування пільгами, визначеними статтею 12 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Обмежені кошти, які держава виділяє на забезпечення пільг військовослужбовцям і ветеранам війни, розпорошуються серед пільговиків, що не тільки не дає можливості вирішувати проблеми їх соціального захисту, а й породжує соціальне невдоволення.

Згідно даних, які представлено у монографії українськими дослідниками [163], станом на листопад 2015 р. статус учасника бойових дій отримали більше 52 тис. військовослужбовців та працівників ЗСУ–учасників АТО (призвано загалом близько 300 тис. осіб). Аналіз практики надання

військовослужбовцям статусу «учасник бойових дій» вказує на існування численних корупційно-бюрократичних перешкод та повільні темпи надання статусу учасника бойових дій, які штучно ускладнюють процес отримання належного статусу [163, с. 196–197].

З'ясовано, що 21,8 % респондентів вказали на неможливість отримання безкоштовних послуг протезування в разі інвалідності. Хоча згідно постанови Кабінету Міністрів України (Постанова КМУ від 01.10.14р. № 518) надано доручення Міністерству закордонних справ України сприяти Державній службі у справах ветеранів війни та учасників АТО та Українському науково-дослідному інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності в налагодженні контактів з провідними закордонними підприємствами, установами та організаціями, що надаватимуть спеціалізовану допомогу з протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, учасникам бойових дій, які втратили функціональні можливості кінцівок, а також налагодити контакти з іноземними урядовими та неурядовими організаціями, які сприятимуть отриманню відповідної допомоги. Отже, бачимо, що на законодавчому рівні допомога надається, на жаль, в дійсності на практиці, це не завжди відбувається.

Наступне, що ми намагалися з'ясувати, чи відчують військовослужбовці-учасники бойових дій емоційний дискомфорт після повернення додому? Більшість військовослужбовців (44,9 %) відзначили наявний дискомфорт, пов'язуючи його з нерозумінням «як можна спокійно мирно жити, коли там гинуть люди». 32,9 % пов'язують свій страх та емоційний дискомфорт із проблемами у взаємостосунках із рідними і близькими. 16,9 % – взагалі не відчують дискомфорту, пояснюючи, що «це їхня звичайна робота, як і будь-яка інша». 5,3 % не змогли визначитися зі своїм емоційним станом.

Природно, що нас зацікавило, чи з'явилися у військовослужбовців проблеми у взаємостосунках із рідними і з чим це пов'язано? Відповіді респондентів розподілилися таким чином:

– 67 чоловік (15,3 %) скаржаться, що їх «абсолютно перестали розуміти»;

– 53 комбатанти (12,1 %) невдоволені тим, що відбувається дома після їхнього повернення, наголошуючи, що їх «начебто підтримують, але від цього не стає легше»;

– 87 респондентів (19,9 %) основною проблемою вважають «постійні сварки з рідними»;

– 92 чоловік (21,1 %) вдячні своїй сім'ї, пояснюючи це тим, що «якби не мої рідні, я би сам не впорався»;

– 138 комбатантів (31,6 %) відмовились відповідати на запитання, пов'язані з сім'єю. Можемо припустити, що в сім'ях цих військовослужбовців наявні проблеми, про які вони не готові говорити і виносити їх на загальне.

Отже, проведене моніторингове дослідження дало змогу згрупувати проблеми військовослужбовців-учасників бойових дій. Кожна група проблем напряду пов'язана зі здійсненням різних видів комплексної реабілітації.

1) функціонально-фізіологічні – негативні фізіологічні стани військовослужбовців, які виникають безпосередньо в процесі професійної діяльності або після її завершення (фізична / медична реабілітація);

2) функціонально-психологічні – психічні розлади, стресові стани, невротичні та психосоматичні захворювання серед військовослужбовців у зв'язку з активною участю в бойових діях та зростанням загрози для їхнього життя (психологічна реабілітація);

3) житлово-побутові – відсутність належних умов проживання або повна відсутність житла (соціальна реабілітація);

4) колективно-групові проблеми – конфлікти, сварки, агресія, психологічна несумісність, які погіршують морально-психологічний клімат

військового колективу (педагогічна реабілітація).

Як зазначає М. Кравченко, ключовими напрямками діяльності органів державної влади у сфері посилення соціального захисту військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, сьогодні є:

1) створення єдиного реєстру військовослужбовців-учасників бойових дій, що дозволить забезпечити їм та їхнім сім'ям належний рівень соціального захисту та гарантій (формування і введення бази даних; встановлення статусу учасника бойових дій, що дає право на відповідні пільги та компенсації; забезпечення гарантованого виконання державою прав інвалідів-учасників бойових дій; підтримка сімей військовослужбовців, які загинули);

2) побудова ефективної моделі грошового забезпечення військовослужбовців;

3) створення дієвого механізму забезпечення житлом військовослужбовців та їхніх сімей;

4) підвищення ефективності існуючої системи пільг та компенсацій для військовослужбовців-учасників бойових дій та членів їхніх сімей;

5) удосконалення механізму вирішення соціальних проблем в умовах військового навчання, несення бойової та допоміжної служби;

6) створення системи психологічної та фізіологічної реабілітації;

7) забезпечення санаторно-курортним лікуванням [248, с. 40].

Попри наявний механізм дії органів державної влади у сфері посилення соціального захисту військовослужбовців, які беруть участь в бойових діях, сьогодні проблеми цієї категорії населення залишаються в більшості випадків невирішеними. Саме тому вони вимагають для свого розв'язання скоординованих зусиль державних і недержавних структур.

Повністю підтримуємо думку М. Кравченко в тому, що для полегшення адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до процесів мирного життя необхідно запровадити відповідні програми соціальної інтеграції, професійної адаптації та психологічної реабілітації постраждалих [248]. Ми

переконані, що для вирішення названих вище проблем військовослужбовців-учасників бойових дій, необхідно створити систему комплексної реабілітації (психологічної, соціальної, медичної, педагогічної тощо), що передбачає створення мережі реабілітаційних центрів, забезпечених мультидисциплінарною командою фахівців, інноваційними технологіями та сучасним обладнанням.

4.2 Загальна методика проектування реабілітаційного простору

В сучасній українській мові термін «методика» означає «сукупність методів навчання чогось» [141, с. 89]. Тобто цей термін «методика» походить від давньогрецького слова «*methodike*», що в перекладі означає сукупність методів і ґрунтується на узагальненому досвіді людства, теоретично осмисленому в системі наукового пізнання. Опираючись на розуміння суті методики С. Гончаренко, ми переконані, що одним із важливих завдань методики проектування реабілітаційного простору є обґрунтування змісту створення реабілітаційного процесу у відповідному просторі.

Слід зазначити, що методика представляє собою сукупність способів доцільного проведення будь-якої роботи. Щодо комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій можна говорити про методику як про сукупність форм, методів, прийомів організації реабілітаційного процесу, спрямованих на ефективну реабілітацію й готовність повернутися до військової служби або адаптацію у соціумі до умов мирного життя. Отже, методика є сукупністю різних технологій і методів реабілітації, що працюють згідно з певною логікою у спеціально створеному реабілітаційному процесі.

За основу у дослідженні було взято розуміння лікувально-реабілітаційного процесу як «системного, комплексного й багаторівневого впливу на пацієнтів» [491, с. 249]. Ми розуміємо реабілітаційний процес як системний, комплексний, технологічний і багаторівневий вплив на

військовослужбовців учасників бойових дій різноманітними реабілітаційно-корекційно-терапевтичними засобами.

Для підвищення ефективності реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно, крім розроблення технології організації і здійснення комплексної реабілітаційної діяльності, створення цілісного «реабілітаційного простору», подібного до терапевтичного середовища (ТС), усі чинники якого спрямовані на компенсацію наявних розладів, оптимізацію особистісного і соціального функціонування пацієнта [234]. Особливою мірою це стосується різноманітних закладів реабілітаційного профілю.

В якості основних підсистем ТС науковці [202; 323; 282; 490] виділяють: «персонал», «колектив хворих», «родичі хворого» і «оточуюче середовище»; якість терапевтичного альянсу; атмосферу взаємної поваги, партнерства, «терапевтичного союзу», що передбачає залучення до психотерапевтичної роботи близького оточення хворих.

Методика психологічної реабілітації за В. Поповим [363, с. 19] передбачає такі заходи:

- 1) створення умов підвищення ефективності діяльності реадaptaції;
- 2) реалізація загальних психологічних вимог до трудової діяльності;
- 3) підтримувальні (профілактичні) психокоригувальні заходи.

Нині з огляду на сучасні реалії до методики проектування реабілітаційного простору ми висуваємо певні вимоги:

– по-перше, методика повинна бути не тільки ефективною, але й гранично простою, що надає можливість широко її застосовувати різними фахівцями (психологи, психофізіологи, лікарі-фахівці з функціональної діагностики тощо) з різним рівнем професійної підготовки;

– по-друге, методика повинна бути порівняно невеликою за обсягом і носити характер експрес-методу, але, в той же час, вона має бути надійною, що дає змогу розділяти обстежуваних на кілька груп за рівнем адаптаційних можливостей і характеристикою відповідності «психічній нормі»;

– по-третє, методика повинна надавати інформацію, яка може бути використана при прогнозі результату адаптації й оцінки ймовірності зниження рівня здоров'я, а також повинна сприяти проведенню профілактичної роботи на основі отриманих даних.

Підтримуючи думку українських дослідників [184], вважаємо, що надання реабілітаційних послуг для тих військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях відбувається на чотирьох рівнях (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Рівні надання реабілітаційних послуг

Рівні	Завдання	Заходи
Перший рівень (орієнтація на потреби військовослужбовців, які пережили стресові події, зіткнулися зі змінами в житті і потребують супроводу в адаптації до змін, а також на осіб, які матимуть стресові події попереду і потребують підготовки для зміцнення стресостійкості та навичок відновлення)	1) надання психологічної допомоги та супроводу у психологічному відновленні та адаптації до змін; 2) забезпечення розвантаження, стабілізації, відновлення та адаптації (реадаптації) отримувача до умов перебування, несення служби (виконання бойових завдань) або до цивільного життя; 3) надання психологічної підтримки особам з інвалідністю.	1) методи психологічного відновлення та «декомпресії» (комплексу заходів фізичного відновлення та психологічного розвантаження особи та запобігання розвитку у неї психологічних травм з метою виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги і підтримки, медичного обстеження та лікування) для бойових підрозділів; 2) психологічний скринінг під час проведення обов'язкового комплексу заходів, що передують звільненню з військової або спеціальної служби, у тому числі демобілізації або на початку несення військової служби чи після переходу в інший підрозділ, оцінку потреби перенаправлення на наступні рівні; 3) психологічна просвіта та інформування; 4) психосоціальна підтримка та супроводу у період адаптації у переході від участі в бойових діях до функціонування поза зоною бойових дій; 5) психологічна взаємопідтримка (тренінг, групи взаємодопомоги); 6) послуги психосоціальної підтримки та психосоціального супроводу

Продовження табл. 4.3

Другий рівень (орієнтація на розв'язання актуальних або специфічних психологічних проблем військовослужбовців, які виникли внаслідок їхньої участі або участі членів їхніх сімей у бойових діях, перебування в екстремальних ситуаціях або внаслідок отримання інвалідності)	1) надання спеціалізованої психологічної допомоги; 2) осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, і сприяння посткризовому зростанню; 3) психологічна просвіта; 4) психологічна діагностика; 5) психологічне консультування в індивідуальній, сімейній або груповій формі	1) індивідуальні та/ або сімейні консультації (до 10-ти); 2) комплекс спеціалізованих психологічних та реабілітаційних послуг
Третій рівень (орієнтація на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і системи стосунків, створення умов для повноцінного виходу із психологічної кризи з метою збереження здоров'я, відновлення боєздатності або психічних і соціальних механізмів адаптації, що впливає на ефективність соціальної поведінки та сприяння їхньому посткризовому зростанню)	1) надання психологічних послуг передбачає терапію розладів психічного здоров'я; 2) надання психотерапевтичних послуг	Індивідуальна психотерапія

Продовження табл. 4.3

Четвертий рівень (орієнтація на допомогу особам, які мають психічні розлади, і передбачає надання спеціалізованої допомоги у відповідності до розладу)	1) надання психологічних послуг одночасно з медичною допомогою, послугами фізичної та медичної реабілітації; 2) психологічна просвіта; 3) психологічна діагностика; 4) психологічне консультування; 5) психотерапія; 6) групова робота; 7) психотерапія, медикаментозна терапія	

Рівень, на якому отримувачу мають бути надані психологічні послуги, визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням соціальної ситуації отримувача та стану його здоров'я, психічного стану. Психологічна діагностика обов'язково проводиться на початку та наприкінці надання психологічних послуг, а також за потреби у процесі їхнього надання відповідно до стану отримувача.

Первинно, психологічні послуги військовослужбовцям-учасникам бойових дій надаються одразу після виконання службово-бойового завдання або завершення таких дій, а якщо операція або завдання триває більш, ніж три дні, психологічні послуги надаються за графіком, що затверджується в порядку, встановленому положеннями щодо надання психологічних послуг військовими та спеціальними частинами. При цьому враховується, що психологічні послуги надаються військовослужбовцям невідкладно на будь-якій стадії проведення операції або виконання завдання, якщо потреба в їхньому наданні обумовлена ситуацією, яка складається в підрозділі, або психічним станом окремих учасників.

Слід зазначити, що при виборі фахівця мультидисциплінарної команди, до якого направляється військовослужбовець-учасник бойових дій, який потребує реабілітації, послідовно визначаються:

- рівень, на якому отримувачу мають бути надані реабілітаційні послуги;
- спеціалізація фахівця, що надає реабілітаційні послуги необхідного рівня;
- місце надання послуг – конкретна соціальна установа, що здійснюватиме реабілітаційні заходи.

Суб'єктами, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій, можуть бути:

- 1) військові та спеціальні частини;
- 2) заклади охорони здоров'я військових та спеціальних формувань;
- 3) органи військового обліку;
- 4) центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – надають психологічні послуги першого рівня отримувачам, які не перебувають на військовій або спеціальній службі;
- 5) заклади психологічної реабілітації та травматерапії – надають психологічні послуги першого-четвертого рівня усім категоріям отримувачів;
- 6) самозайняті особи-надавачі;
- 7) мобільні мультидисциплінарні бригади психологічної допомоги – надають невідкладну психологічну допомогу та інші психологічні послуги всім категоріям отримувачів;
- 8) реабілітаційні установи, зокрема, реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю;
- 9) заклади охорони здоров'я, які надають психологічні послуги в амбулаторних умовах;
- 10) заклади охорони здоров'я, крім санаторно-курортних закладів, які надають психологічні послуги в стаціонарних умовах, в тому числі шпиталі ветеранів війни;

11) санаторно-курортні заклади;

12) установи виконання покарань та слідчі ізолятори [184].

При визначенні необхідного рівня надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям-учасникам бойових дій обов'язковим є врахування таких аспектів:

– військовослужбовці, які не заявляють про наявність спеціальних потреб, а саме, інвалідність, алкогольну залежність або залежність від психоактивних речовин, схильність до насилля, направляються до суб'єктів, які надають реабілітаційні послуги першого рівня;

– у разі наявності у комбатанта спеціальних потреб, він направляється на третій рівень, при цьому пріоритетним є вибір суб'єкта, який спеціалізується на наданні необхідних послуг отримувачам із визначеною потребою;

– до реабілітаційних установ для військовослужбовців із інвалідністю можуть бути направлені отримувачі з числа осіб з інвалідністю, які не проходили психологічної діагностики, або за її результатами повинні бути направлені на перший або другий рівень. Направлення отримувачів до таких установ здійснюється відповідно до Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 80 від 31 січня 2007 р.;

– до суб'єктів, які надають послуги на другому рівні, направляються комбатанти за клопотанням, а також надавачі, які мають спеціальні потреби – у разі неможливості направлення таких отримувачів на третьому рівні.

При виборі спеціалізації суб'єкта на першому рівні слід враховувати, що до центрів соціальних служб доцільно направляти отримувачів, які вперше звертаються за психологічною підтримкою, не мають оформленої картки психологічного супроводу або мають соціальні проблеми, а також отримувачів протягом першого місяця після звільнення з військової або спеціальної служби.

Організація надання першої психологічної допомоги отримувачам, які перебувають на військовій або спеціальній службі здійснюється відповідним військовим персоналом (керівники підрозділів, заступники керівників по роботі з персоналом, військові психологи та ін.) та має передбачати:

1) надання першої психологічної допомоги особам із гострими реакціями на стрес безпосередньо на місці травмівної події або в первинному середовищі перебування;

2) проведення психологічної діагностики в безпечному місці (в базовому таборі) та визначення осіб, що потребують стабілізації психічного стану та подальшого постійного спостереження в групах посиленої психологічної уваги, який проводиться психологом батальйону або заступником командира батальйону по роботі з особовим складом;

3) за необхідності проведення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на зняття фізичного та психологічного напруження, який проводиться командирами підрозділів, заступниками по роботі з особовим складом, які пройшли відповідну підготовку, або психологами підрозділів;

4) організацію невідкладного первинного розвантаження осіб із групи посиленої психологічної уваги. Особи, що пройшли первинне розвантаження, за результатами медичного і психологічного обстеження повертаються до виконання службових обов'язків або отримують направлення для проходження медичної чи психологічної реабілітації;

5) організацію направлення отримувача на необхідний рівень у разі потреби, відповідно до результатів психологічної діагностики, або організацію надання психологічних послуг необхідного рівня за місцем проходження служби.

Слід зазначити, що у процесі проведення реабілітації зарубіжні дослідники [242, с. 91–92] виокремлюють постконфліктний етап, що передбачає декілька фаз, обумовлених єдиними закономірностями і механізмами розвитку. Перша фаза – «збудженість» або «медовий місяць», триває протягом 2–3 місяців, це так званий ейфоричний стан у

військовослужбовців від того, що вони залишилися в живих. У цій фазі солдати і офіцери, які брали участь у військових діях, немов би не бачать життєвих проблем. Вони впевнені в собі аж до самовпевненості і в соціальному відношенні мають внутрішню установку на активну життєву позицію, повагу і дотримання суспільних норм поведінки. Вони створюють собі образ «Я – герой», який не завжди відповідає установкам інших оточуючих, звідси виникає «бар'єр нерозуміння». У результаті, у військовослужбовців-учасників бойових дій складається негативна думка про навколишнє середовище, у свою чергу, з боку середовища – негативне ставлення до військовослужбовців, оскільки оточуючі люди не сприймають їхню поведінку як захисно-адаптивну. Це спричиняє появу внутрішньоособистісних конфліктів, у комбатантів виникають комплекс провини, амбівалентні переживання, їм важко увійти в соціальне середовище. При цьому у них спрацьовує захисний механізм, що проявляється у вигляді рухового збудження і активності, агресії, апатії і безпорадності, психічній регресії, вживанні спиртних напоїв і наркотичних засобів [313]. У той же час дезорганізуючий вплив на потерпілих мають різні чутки, що спотворюють інформацію офіційних і неофіційних джерел. На завершальному етапі «медового місяця» починають проявлятися симптоми другої фази.

Друга фаза – період «розчарування», що триває від 8 до 10 місяців після повернення із зони конфлікту і характеризується переосмисленням всього, що сталося – свого місця і своєї ролі в тій конфліктній ситуації, в якій брали участь військовослужбовці – постраждалі. У цій фазі комбатанти важко сприймають реальне мирне життя, оскільки вони стикаються з безліччю побутових, службових, соціальних та морально-етичних проблем.

Зазначимо, що образ «Я–герой» поступово зникає і на зміну йому приходить «посттравматичний стресовий синдром або «хронічний військовий невроз»» [242, с. 93]. Саме у цей період під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів у військовослужбовців-учасників бойових дій знижується самооцінка, відбувається переорієнтація існуючих норм і

цінностей, перевага надається особистим індивідуалістичним інтересам, соціальна активність у край низька. На жаль, у більшості військовослужбовців погіршується психічний і фізичний стан здоров'я, зростає тривожність і фрустрація.

Серед позитивних соціальних факторів, що впливають на успішність комплексної реабілітації виділяють відсутність інвалідності; стабільне фінансове становище; розуміння близьких людей. За 7–8 місяців відбувається кардинальна переоцінка цінностей, військовослужбовці надають перевагу «здоров'ю» і «матеріальній забезпеченості», на останніх місцях опиняються «чесність», «вихованість», «дисциплінованість». У військовослужбовців-учасників бойових дій з'являється бажання залишити військову службу у Збройних Силах.

Третя фаза постконфліктного періоду – «відновлення» – з'являється після того, як військовослужбовець 10–18 місяців не приймав участі у військових діях. У цей період більшість військовослужбовців повертаються до службової діяльності. На жаль, проблеми соціальної адаптації зберігаються, мають місце суб'єктивні оцінки військовослужбовцями свого статусу, ставлення до них суспільства. Все це підсилюється незадовільним станом здоров'я, психологічними та психічними відхиленнями. Цей період може розтягнутися на роки, а іноді на все життя. Існує думка, що вторинна адаптація до мирних умов не закінчується у військовослужбовців ніколи [242, с. 95].

Таким чином, постконфліктна реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій повинна зводитися до створення здорового реабілітаційного простору – комфортного терапевтичного середовища, комплексного надання реабілітаційно-корекційно-терапевтичних і медичних процедур. Поєднання таких процедур сприяє скороченню термінів лікування і реабілітації в цілому, їх швидкому одужанню і адаптації до умов мирного життя. Тобто, при проектуванні реабілітаційного простору, необхідно враховувати психологічні рівні дезадаптованості військовослужбовців і

названі вище фази постконфліктного періоду. Представимо завдання реабілітації відповідно до виокремлених фаз. Так, головним завданням I фази реадaptaції військовослужбовців-учасників бойових дій є відновлення реального образу світу, його раціональності, а також збереження власного контролю за ситуацією. Під час II фази реабілітації увага зосереджена на відновленні ціннісних норм і орієнтацій – доброти, справедливості, гуманізму, любові, переорієнтації з індивідуального на соціальне. Основним завданням III фази реабілітації є формування адекватного сприйняття і реагування на навколишню дійсність – людей, їхні вчинки, суспільство тощо.

Спираючись на дослідження науковців [242, с. 97–98], ми визначили вимоги, що пред'являються до методики постконфліктної реабілітації. По-перше, це простота і універсальність методики, що передбачає можливість використовувати її різними фахівцями мультидисциплінарної команди – соціальними працівниками, реабілітологами, психологами, психотерапевтами. По-друге, надійність і стислість, що дає змогу під час першого діагностувального обстеження розподілити військовослужбовців-учасників бойових дій на групи і працювати як експрес-методика. По-третє, інформаційна наповненість дає можливість прогнозувати найближчі результати, що можуть бути досягнуті при проведенні комплексної реабілітації, і на перспективу – віддалені. По-четверте, періодичність і регулярність свідчать про те, що комплекс реабілітаційних заходів необхідно проводити в певній послідовності, з інтервалом в 5-6 місяців, який збігається з основними етапами служби військовослужбовців. При цьому, регулярність є обов'язковою умовою ефективності реабілітаційних процедур. По-п'яте, наступність – перед початком проведення комплексної реабілітації необхідно встановити зв'язок із минулим, тобто «пропрацювати» ситуації, в яких побував конкретний військовослужбовець-учасник бойових дій, і тією психологічною фазою, прояви якої спостерігаються при діагностиці.

Заходи постконфліктної реабілітації передбачають проведення індивідуальної і групової психотерапії, раціональної і сугестивної терапії,

адаптивних тренінгів, методів релаксації І. Шульца і Г. Джекобсона [130], гіпнозу за методикою Л. Грімака [149] та інших способів активної і пасивної релаксації.

Вважаємо, що з методологічної точки зору проведення реабілітаційно-корекційно-терапевтичних заходів передбачає наявність декількох етапів: проведення діагностики і прогнозування, комплексної соціально-психологічної корекції, тривале спостереження і контроль. Так, у розумінні О. Коржикова [242, с. 102–103] названі етапи можна представити як вступний; підготовчий; поточний; раціонально-усвідомлюваний, що формує нові навички поведінки і способу мислення; визначення життєвих цілей – інсайт; підтримувальний тренінг. Автор додає індивідуальне консультування, раціональну психокорекцію, навчання основам аутотренінгу і прийомам прогресивної соматичної релаксації.

При проведенні психодіагностичного обстеження можна застосовувати психокоректувальні заходи, посилюючи тим самим позитивний вплив на військовослужбовця і його найближче оточення, тобто створити систему психологічного захисту. Під психологічним захистом прийнято розуміти спеціальну регулятивну систему стабілізації особистості, яка спрямована на усунення або зведення до мінімуму почуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням конфлікту. Функцією психологічного захисту є забезпечення свідомості від негативних, травмувальних переживань [378, с. 121]. Саме на цьому етапі необхідно сформувати у військовослужбовців установку на бажання самостійно вирішувати свої проблеми й адекватно сприймати дійсність. Цей процес проходитиме успішніше, якщо у них наявні такі особистісні характеристики, як стресостікість, яка, у свою чергу, забезпечує толерантність до стресу; адекватний рівень самооцінки, що допомагатиме регулювати власну поведінку і визначати ступінь адекватності сприйняття умов діяльності і своїх можливостей; особистісна референтність, яка формує усвідомлення своєї значущості для оточуючих; групова ідентифікація –

готовність контактувати і взаємодіяти з іншими людьми і дотримуватися норм і вимог суспільства.

Важливим аспектом при проведенні комплексної реабілітації є зниження психоемоційної напруги військовослужбовців-учасників бойових дій з ПТСР і переоцінки ними пережитих подій. Для цього використовуються такі методи як пасивна релаксація з елементами сугестії. Після цього основну увагу необхідно зосередити на процесі відновлення адекватного сприйняття подій і визначення військовослужбовцями мети свого життя (елементи самоменеджменту). Це допоможе відновити функціонування механізмів поведінкової регуляції. Наступні заходи зосереджені на роботі з образом «Я–герой», поступово змінюючи його на образ «Я–такий як всі», що дасть змогу зменшити прояви агресії й конфліктної поведінки, забезпечить військовослужбовцям-учасникам бойових дій внутрішню гармонію.

Окрему складну групу військовослужбовців-учасників бойових дій становлять ті особи, які отримали серйозні фізичні травми, стали інвалідами або перебували у полоні. Тяжкість травми, поранення, полон негативно впливають на їхній загальний психічний стан, а у більшості випадків полон є навіть більш серйозним випробуванням для психіки, ніж участь у військових діях.

Окрім цього, при проведенні реабілітації варто враховувати взаємовідносини із провідним фахівцем мультидисциплінарної команди, це може бути соціальний працівник або психолог, або психотерапевт, від професіоналізму і симпатії якого залежатиме успіх. Для зменшення прояву агресії, тривожності, апатії, безпорадності дослідники [242] пропонують доповнювати реабілітаційні заходи збільшенням фізичних навантажень, уникати монотонних завдань, скорочувати шиккування, збори, наради тощо.

При розробці індивідуальних програм реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій важливо вчити і тренувати зменшенню проявів агресивних реакцій; зміщувати акцент на соціально значущі цілі; «виписувати» агресію в спортивних заняттях, на сцені при

проведенні психодрами; руйнувати агресію на малюнках, при проведенні активної арт-терапії. Для зменшення апатії у військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно провести ряд заходів.

Підтримуючи А. Маклакова [282, с. 172], ми переконані, що динаміка комплексної реабілітації визначається такими аспектами:

- станом здоров'я в період, що передував військовим діям і можливій травматизації;
- особистісними особливостями військовослужбовців, йдеться про бажання швидше одужати і повернутися до професійних обов'язків або до мирного життя;
- соціальними умовами – підтримка з боку сім'ї, друзів, соціального оточення. Чим сильніше відчують підтримку постраждалі, тим ефективнішими стають реабілітаційні заходи.

Практика свідчить, що доволі важко змінити відношення людей до військовослужбовців, які постраждали внаслідок участі у військовому конфлікті. Відзначимо, що у суспільстві може складатися ріне розуміння: від позитивного до байдужого чи нейтрального. Відзначимо, що негативний вплив може бути різним, але в більшості випадків у силу об'єктивних причин він має психотравмувальний характер для військовослужбовців-учасників бойових дій. Тому при проведенні комплексної реабілітації необхідно зосереджувати увагу на збереженні у військових адекватного сприйняття соціальної дійсності, формування установки на необхідність самостійно вирішувати свої проблеми.

4.3 Технологія організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях

Військові події на Сході України викликали потребу у необхідності створити систему соціальної адаптації та реабілітації військовослужбовців, яка б динамічно розвивалась, вмila оперативно й гнучко реагувати на законодавчо-правові акти, перебудовуючи реабілітаційні установи для втілення в життя реабілітаційних заходів на державному та регіональному рівнях через розгалужену мережу органів державної влади, місцевого самоврядування, громадських організацій.

Підтримуючи вчених [117; 120; 156], вважаємо, що комплексна система реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій повинна бути спрямована як на реабілітацію інвалідів, так і осіб, які не мають інвалідності, але об'єктивно її потребують, і включати в себе органи управління процесом соціальної реабілітації та реабілітаційні установи.

З метою розробки технології організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, спробуємо виокремити її складові, при цьому зосередимо головну увагу на аналізі категоріального апарату досліджуваного феномену. Так, у науково-довідковій літературі [321] термін «технологія» (у пер. з грец. *techne* – мистецтво, майстерність, уміння і *logia* – поняття, вчення) є сукупністю методів обробки, виготовлення, зміни стану, властивостей, форми об'єкту. Технологію розуміють як «сукупність методів, засобів і реалізації людьми конкретного складного процесу шляхом поділу його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які виконуються більш або менш однозначно і мають на меті досягнення високої ефективності певного виду діяльності» [300, с. 10]. Наголосимо на тому, що технологія завжди передбачає певну логіку, послідовність реабілітаційних форм, методів і

прийомів, так званий технологічний ланцюг дій, виконання яких гарантує отримання запланованих результатів.

Ми підтримуємо думку О. Серповської [414] у тому, що реабілітаційний процес військовослужбовців-учасників бойових дій є системою наукової і практичної діяльності, спрямованою на відновлення особистісного і соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Кінцевим результатом комплексу реабілітаційних заходів О. Серповська визначила «досягнення оптимального рівня соціально-психічної адаптованості військовослужбовців учасників бойових дій, а психотехнології, методи і прийоми повинні бути спрямовані на відновлення адаптивних функцій особистості» [414, с. 14].

Для забезпечення результативності процесу комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій необхідно розробити й адаптувати реабілітаційні технології, які допоможуть здійснити широкий спектр соціально-економічних та медико-соціальних заходів для розв'язання проблем цієї категорії населення. Серед різноманіття реабілітаційних технологій, які можна використовувати у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, дослідники [156] виділяють такі:

1) соціальні технології, які безпосередньо спрямовані на вирішення загальнолюдських проблем, що пов'язані з оцінкою не тільки внутрішніх, але й світових тенденцій розвитку, зв'язку суспільства з природою. Їх впровадження пов'язано з життям людей, їх життєдіяльністю та соціальною захищеністю;

2) інноваційні соціальні технології, зосереджені на створенні і матеріалізації нововведень у суспільстві, реалізації таких ініціатив, які викликають якісні зміни в різних сферах соціального життя, призводять до раціонального використання матеріальних та інших ресурсів у суспільстві;

3) регіональні, які передбачають вивчення і реалізацію закономірностей територіальної організації соціального життя і його планомірних змін;

4) інформаційні – охоплюють засоби, прийоми, оптимізацію інформаційного процесу, його відтворення;

5) інтелектуальні, спрямовані на стимулювання розумової діяльності людей, розвиток їхніх творчих здібностей [156, с. 122-123].

Розглядаючи технологію як процес, своєрідний алгоритм послідовних дій, представимо різні наукові підходи до розуміння технології реабілітації військовослужбовців. Так, Н. Алаликіна [4] обґрунтовує алгоритм реабілітації військовослужбовців у вигляді трьох етапів. Перший етап полягає у з'ясуванні наслідків психотравмувальних факторів, а саме:

- виявлення стрес-факторів, що викликають негативні психологічні наслідки;
- дослідження індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців як до призову в Збройні Сили, так і під час служби;
- вивчення впливу соціально-психологічних умов повоєнної адаптації;
- дослідження актуальних психічних реакцій, які в минулому мали психотравмувальний вплив.

Для вивчення психологічних наслідків участі в бойових діях першорядним є аналіз досвіду військовослужбовця, що спричинив виникнення психічної травми. Для цього дослідниця пропонує використовувати розгорнуте клінічне інтерв'ю, розроблене Р. Скерфілдом (R. Skurfield) і А. Бланком (A. Blank) [548] (додаток 3). При з'ясуванні наслідків психотравмувальних чинників обов'язково необхідно враховувати, по-перше, те, 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 військовослужбовця і його бойового досвіду; вплив соціально-психологічних умов повоєнної адаптації.

Другий етап спрямований на визначення комплексу психотерапевтичних впливів на військовослужбовців-учасників бойових дій з

метою корекції психотравмувальних реакцій, мінімізацію відстрочених посттравматичних реакцій (психологічна реабілітація). На цьому етапі необхідно детально дослідити психічні реакції, які в минулому мали психотравмувальний характер.

Третій етап зосереджений на організації соціально-психологічної адаптації до нового середовища. При цьому слід враховувати той факт, що доволі часто та частина військовослужбовців, яка в більшій мірі потребує соціальної та психологічної підтримки, ізолюються від сім'ї і друзів. Аналізуючи це явище, Д. Вільсон (J. Wilson) приходить до висновку, що вони споруджують запобіжний «заслін» навколо себе, щоб зберегти контроль над ступенем інтимних переживань, пов'язаних зі значущими людьми. Він вважає, що це прагнення до психологічної дистанції і відстороненості викликано військовим досвідом, і вже в мирних умовах військовослужбовець-учасник бойових дій продовжує контролювати глибину інтимних відносин, боячись знову відчувати душевний біль, пов'язаний із втратою близької людини. Це супроводжується конфліктами з близьким, виявляється в напруженості й дратівливості [555].

Оскільки у складі комплексної реабілітації доволі часто виокремлюють соціально-психологічний вид, то ми представляємо етапи її практичного здійснення:

- встановлення характеру і ступеня вираженості нервово-психічного розладу і особливостей реагування на психічну травму;
- виявлення психічних особливостей особистості і вироблення індивідуальних заходів реабілітаційного впливу;
- оперативне зняття психоемоційної напруги, дратівливості, страху;
- регуляція порушених функцій організму;
- мобілізація особистості для подолання виниклих станів;
- відновлення (корекція) соціального статусу військовослужбовця;
- стимулювання соціальної активності особистості;
- професійна реабілітація або переорієнтація;

- орієнтування на продовження активної діяльності;
- контроль психічних станів і корекція реабілітаційних заходів.

Психологічна реабілітація, на думку В. Попова [363] відбуватиметься ефективніше за умови послідовного дотримання таких етапів: 1) вступний; 2) підготовчий; 3) катарсичний; 4) усвідомлення екстремальної поведінки; 5) формування нових навичок поведінки; 6) визначення життєвих перспектив (інсайту); 7) підтримувальні заходи.

По-іншому визначає етапи психологічної реабілітації О. Жаданюк, – це діагностувальний, психотерапевтичний, реадaptaційний та супроводжувальний. Змістом діагностувального етапу є вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність. Здійснення психотерапевтичного етапу передбачає цілеспрямоване використання конкретних форм і методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців; реадaptaційний – психологічну підготовку військовослужбовців, які проходять реабілітацію, до майбутньої військової діяльності та міжособистісної взаємодії з іншими людьми. Реедaptaційний етап здійснюється переважно при проведенні специфічної реабілітації. Етап супроводу містить спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та, в разі необхідності, надання додаткової психологічної допомоги в процесі подальшої життєдіяльності [178, с. 135-136].

Нам імпонує думка А. Бурлака [112], 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.

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

Метою третьої, підтримувальної фази реабілітації є підтримка досягнутого в санаторії рівня фізичної працездатності з її збільшенням, завершення психологічної реабілітації «хворих» в умовах відновлення їх соціального життя і попередження прогресування хвороби шляхом здійснення заходів вторинної профілактики. Здійснювати цю фазу необхідно на протязі початкового етапу спостереження лікарем-реабітологом з подальшими консультаціями і контролем психічного стану [112, с. 83–85].

Аналізу напрацювань фахівців дав можливість з'ясувати, що [194; 437] для організації соціально-психологічної реабілітації потрібно три основні етапи:

1) діагностувальний – оцінка функціонального стану поранених, їх психологічних особливостей, визначення рівня фізіологічних резервів систем організму і напруги процесу психічної адаптації. Визначення ступеня і характеру психоемоційних порушень, відхилення і особливостей пізнавальних і психічних здібностей – пам'яті, уваги і мислення;

2) лікувально-відновлювальний – конкретизація індивідуального підходу, заснованого на наявності психоемоційних порушень пораненого, здійснення підбору психотерапевтичного впливу з періодичним контролем динаміки психічного статусу і корекції лікувальних заходів;

3) професійно-відновлювальний (соціальна адаптація) – відновлення втрачених навичок за допомогою спеціальних тренажерів – апаратурних і комп'ютерних методик, визначення ступеня відновлення професійної придатності та працездатності.

До медико-психологічної реабілітації входять такі основні етапи: початковий, психологічний (основний) та заключний. Початковий (2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту. Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування. Психологічний етап, основний (20–22 доби) – на цьому етапі цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою. На основному етапі проводиться психоедукація, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Заключний етап (2–3 доби) зосереджений на інтеграції досвіду, медико-психологічному супроводі, підготовці до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводиться завершальна індивідуальна сесія, а також завершення всіх інших лікувальних заходів [273].

Цікавою для нашого дослідження є поетапність зміни емоційних станів, представлена В. Могільовим [298]. Вона дає змогу соціальному працівнику-реабілітологу будувати реабілітаційний процес залежно від того, в якому стані на момент зустрічі знаходиться реабілітований і застосовувати підходи, адекватні його стану. Розглянемо їх детальніше. Так, на першому етапі людина розгублена, оскільки вона перебуває у стані психотравмувального стресу. Особливо це посилюється при наявності інвалідності, що супроводжується болями і безпорадністю, втратою координації часу і простору, нездатністю зрозуміти, що сталося і які наслідки.

Другий етап характеризується тим, що людина може проявляти агресію до всього навколишнього і до себе, яка переходить у стан повної безнадії і апатії. Інколи у інваліда з'являється бажання розпрощатися з життям. Саме на цьому етапі інваліду військової служби необхідна психологічна допомога, зокрема, в питаннях переосмислення дійсності і визначенні життєвих цілей у нових умовах. На третьому етапі військовослужбовець-учасник бойових дій намагається не тільки усвідомити те, що трапилося, але й змінити своє становище в соціумі, прагне до пошуку нового. Четвертий етап передбачає пошук нового філософського базису свого існування (релігія, сектантство тощо) – це період примарних сподівань, поспішних висновків і рішень, що часто призводять до розчарування.

П'ятий етап виступає результатом внутрішніх протиріч і пошуків, що супроводжується депресією, усвідомленням марності попередніх спроб впоратися з проблемою. На цьому етапі людина припиняє підтримувати існуючі соціальні зв'язки. Можливе вживання алкоголю і наркотиків, доволі часто можуть проявлятися напади самотності. На цьому рубежі в процесі реабілітації зупиняються близько 2/3 інвалідів. На шостому етапі відбувається об'єктивне оцінювання своїх сил і можливостей. Військовослужбовець з інвалідністю може розпочати займатися новою творчою діяльністю або шукати нову інформацію, в тому числі і через

Інтернет. З'являються нові соціальні зв'язки. Цей етап дає змогу інваліду і ветерану військової служби вперше після відчутого психотравмувального стресу знову повернутися до зони «комфортного» існування.

Сьомий етап відрізняється тим, що відбувається яскраво виражений процес впевненого самоствердження особистості військовослужбовця. Оскільки першочергові цілі досягнуті, з'являється можливість і внутрішня необхідність у побудові довгострокової перспективи в процесі реабілітації. Восьмий етап передбачає реалізацію рівних зі здоровими людьми прав і можливостей, що проявляється в активній участі у роботі громадських організацій інвалідів і ветеранів військової служби, роботі над новими соціальними проектами. Військовослужбовці-учасники бойових дій активно включаються у діяльність з передачі наявного досвіду у процесі здійснення соціально-педагогічної реабілітації інвалідам, які перебувають на перших найважливіших етапах реабілітаційного процесу [298, с. 74–75].

У контексті дослідження цікавим є виокремлення складових технології В. Гладкою [137], що дає змогу описати технологію комплексної реабілітації військовослужбовців, зосередивши увагу на основних аспектах (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Складові технології комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій

1. Концептуальна основа технології	
Проблемне поле розглянутої сфери діяльності	1) погіршення фізичного та психічного здоров'я осіб; 2) наявність деструктивних емоційних станів, стресів, ПТСР у військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях; 3) відсутність системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на державному й регіональному рівнях; 4) неузгодженість нормативно-правової бази щодо здійснення ефективної комплексної реабілітації військовослужбовців; 5) невідповідність фахівців мультидисциплінарної команди до здійснення комплексної реабілітації та надання психологічної допомоги

Ціннісні орієнтири	Гуманізм, людяність, співчуття, повага, честь
Мета проекрованої діяльності з описом її кінцевого продукту	Мета – організація і здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців, які брали участь у бойових діях
Теоретичні положення, що становлять смислове ядро задуму і визначають зміст діяльності	1) врахування специфіки військовослужбовців-учасників бойових дій, як особливої категорії зі специфічними соціально-психологічними проблемами; 2) обов’язкова співпраця різних соціальних установ, які здійснюватимуть комплексну реабілітацію військовослужбовців; 3) врахування психосоціальних моделей реабілітації
Принципи, що конкретизують всю діяльність	Комплексності; наступності; послідовності; безперервності; диференційованості
2. Процесуальна характеристика (алгоритм діяльності), відмітні особливості розробленої технології	
1) діагностувальний етап – проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців; 2) розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з визначенням реабілітаційних методів і технологій; 3) робочий етап – проведення реабілітаційних заходів, передбачених ІПР; 4) завершальний етап – організація післяреабілітаційного супроводу військовослужбовців-учасників бойових дій	
3. Ресурсне забезпечення	
1) особистісні ресурси комбатантів; 2) ресурси сім’ї та близького оточення комбатантів; 3) ресурси реабілітаційних установ	

Подібної думки притримується І. Дичківська [158], підкреслюючи, що технологія має специфічні сутнісні ознаки, які виокремлюють її як самодостатній неповторний феномен. Враховуючи особливість проведення і специфіку реабілітаційних заходів з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, до таких специфічних сутнісних ознак ми віднесли:

1) концептуальність (передбачає опору технології на конкретну наукову концепцію або систему уявлень). В основу комплексної реабілітації військовослужбовців покладено моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації; психосоціальна модель розвитку стійкості й модель ненасильницького спілкування);

2) діагностичне визначення цілей і результативності (полягає в гарантованому досягненні цілей, ефективних результатів). Первинне діагностувальне обстеження військовослужбовців-учасників бойових дій згідно зі спеціально розробленою методикою діагностики дає змогу відкоригувати індивідуальну програму реабілітації, що поєднує комплекс інноваційних методів, технологій і засобів реабілітації, і спрогнозувати результат;

3) економічність (виражає якість, яка забезпечує резерв часу, оптимізацію праці мультидисциплінарної команди фахівців і досягнення запланованих результатів у найстисліші строки). Строки проведення індивідуальної реабілітаційної програми встановлюються командою фахівців, спираючись на результати діагностувального обстеження;

4) алгоритмізованість, проєктованість, цілісність, керованість (передбачає відтворення розробленої технології реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій будь-яким фахівцем мультидисциплінарної команди у будь-якому реабілітаційному закладі);

5) коригованість (можливість постійного оперативного зворотного зв'язку, послідовно орієнтованого на чітко визначені цілі). У разі гострої потреби можлива корекція індивідуальної реабілітаційної програми військовослужбовця із заміною одних методів на інші.

При розробці технології реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ми враховували декілька важливих аспектів. Насамперед, йдеться про особливості, що характеризують діяльність колишніх військових в армії, а саме: дбайливе ставлення до підлеглого в поєднанні з директивним стилем керівництва; строго регламентовану підпорядкованість по вертикалі

при виконанні доручень; роботу в колективах, що постійно змінюються; напружений психологічний стан особового складу підрозділу, викликаний постійним відчуттям тривоги; високу відповідальність за прийняті рішення; спілкування з людьми різного віку, національності, освіти, соціального статусу, віросповідання тощо.

У своєму дослідженні ми повністю підтримуємо позицію, яку декларує В. Могільов [298]. Зокрема, автор підкреслює важливість використання педагогічного досвіду осіб з обмеженими можливостями в процесі реабілітації. Дослідник пояснює це тим, що, по-перше, реалізація педагогічного потенціалу пов'язана з відновленням можливості відчувати себе командиром. Звільнення військовослужбовця з армії у зв'язку з отриманням інвалідності різко перериває отриманий стереотип відносин, що на думку В. Попова [363], гальмує реабілітаційний процес. З'ясовано, що реабілітологи [460] рекомендують залучати інвалідів військової служби і ветеранів бойових дій у всілякі контакти з молодшою за віком аудиторією, оскільки це дає змогу реалізовувати потребу в керівництві на різних етапах реабілітаційного процесу.

По-друге, особи з обмеженими можливостями, набутими у зв'язку з пораненням або перенесеним стресом, можуть стати вихователями молодших, що допоможе сформувати відповідальність і виступить засобом реабілітації, оскільки більшість з них – це високоосвічені люди з доволі високим інтелектуальним розвитком. По-третє, дослідники переконані, що доцільно використовувати знання і уміння колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій у роботі різних контрольно-перевірочних комісій від громадських організацій або державних структур, що аналізують педагогічний процес, пов'язаний із проходженням військової служби [460].

Окрім цього, як зазначає В. Могільов, необхідно враховувати особливості колективів, у яких сформувалася особистість військовослужбовця, і, незалежно від його штатної посади і звання,

створювати звичні умови для творчої діяльності в соціально-педагогічному реабілітаційному процесі з урахуванням таких аспектів. По-перше, особи з обмеженими можливостями мають досвід взаємодії в підрозділах з людьми різних політичних поглядів і культурних орієнтацій, тому вони можуть бути представниками в різних організаціях, що мають ці особливості. По-друге, всім категоріям військовослужбовців під час служби в армії доводилося приймати оперативні рішення щодо вирішення соціальних проблем як всередині військового підрозділу, так і по відношенню до місцевого населення в зоні бойових дій, тому їх можна залучати до «розв'язання проблемних ситуацій інших людей, що також виступає як реабілітаційний процес» [298, с. 78].

Оскільки на успішне проходження реабілітації впливає і суспільство, реалізуючи цей процес, необхідно постійно підвищувати соціальний статус військовослужбовців-учасників бойових дій, створювати умови для їхнього навчання, перекваліфікації, працевлаштування; сприяти розвитку їх ініціативи і творчості через залучення до створення громадських організацій з подальшою участю в конкурсах щодо отримання грантів для пошуку інвестицій в реабілітаційних процесах. Це сприятиме самоствердженню колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, і ветеранів бойових дій в локальних конфліктах [298].

Слід зазначити, що при організації комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ми враховували такі фактори:

– ступінь активності конкретного військовослужбовця та його підрозділу у бойових діях (чим активніше діяв військовослужбовець у зоні бойових дій, тим масштабніша й оперативніша має бути надана йому психологічна допомога. Зокрема, ступінь активності безпосередньо визначається кількістю та характером бойових дій, а також рівнем бойової напруги та значущості проведеної військової операції для вирішення більш масштабних бойових задач);

– кількість загальних бойових втрат у військовій частині, а також характер поранень, контузій, травм та їх вплив на самопочуття й здоров'я військовослужбовця. Під час надання психологічної допомоги кожному військовослужбовцю-учаснику бойових дій враховуються: а) ситуація, у якій було отримано пошкодження для здоров'я; б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів по службі (особливо близьких друзів); в) характер ставлення військовослужбовця до явищ, які визначені у пунктах «а» і «б»; г) нагороди та заохочення, що пов'язані тією чи іншою мірою з цим явищем; д) характер відображення цих явищ у свідомості товаришів по службі тощо;

– термін виходу військовослужбовця та його підрозділу із зони ведення бойових дій (чим раніше та оперативніше буде надана психологічна допомога військовослужбовцям-учасникам бойових дій, тим меншою буде ймовірність виникнення у них різноманітних психологічних проблем, які безпосередньо виникають на основі бойового стресу);

– особливості міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, а також соціально-психологічного клімату і характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими його товаришами по службі;

– особливості діяльності військовослужбовця, його підрозділу та усієї військової частини після виходу з бойової обстановки (добре продумана організація життєдіяльності військової частини буде позитивно сприяти налагодженню життєдіяльності військовослужбовців і суттєво зменшить необхідність надання психологічної допомоги та організації реабілітаційної діяльності);

– особистісні переживання конкретного військовослужбовця-учасника бойових дій, що можуть бути пов'язані із фізичним знищенням живої сили противника, загибеллю близьких товаришів по службі, веденням бойових дій в оточенні, перебуванням у полоні, здійсненням протиправних учинків у зоні проведення бойової операції;

– урахування сімейних, етнічних, соціальних, релігійних та інших обставин, що мають значний вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця, що брав участь у бойових діях.

Таким чином, для організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях, соціальні фахівці повинні володіти практичними технологіями. Констатуємо, що з технологічної позиції, технології реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями складаються з конкретних форм та засобів, які ми розглянемо у наступному параграфі.

4.4 Зміст форм та засобів, покладених в основу реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій

Ефективність і вибір форм, методів і засобів при проведенні комплексної реабілітації залежить від багатьох чинників, а саме, соціально-психологічних характеристик військовослужбовців-учасників бойових дій; результатів первинного діагностувального обстеження; визначення механізмів поведінки в момент бойових дій; виявлення характерних особливостей протікання ПТСР тощо.

Аналіз наукових джерел [245; 253; 281; 316; 373; 377; 447; 517; 523; 524; 542; 543] і практика проведення реабілітаційних заходів засвідчила, що найбільш ефективними методами у роботі з військовослужбовцями була психологічна допомога консультаційного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії – групова (робота з кількома особами з однаковою симптоматикою), індивідуальна (сеанси з одним клієнтом); тренінгові заняття.

Досліджуючи психотерапію, зарубіжні психологи [383] прийшли до висновку, що вона є процесом, спрямованим на виклик змін. Цей процес відбувається в рамках професійних відносин, що характеризуються наявністю

договірних зобов'язань між сторонами, довірою та емпатією. При цьому в центрі уваги експліцитно або імпліцитно опиняються особистість клієнта й техніка психотерапії – як результат – відбуваються стійкі зміни в різних сферах життя клієнта. Аналізуючи сутність психотерапії, Д. Браун [49] представив її як «бесіду з тими, хто потрапив у біду, що надає можливість висказати свої проблеми і допомагає зрозуміти, в чому суть проблеми, знайти вихід» [49, с. 9].

У розумінні психологів [337], психотерапія використовує пам'ять і мислення для зцілення шляхом погашення психічного заряду, пов'язаного з певною емоцією. Погашення розглядають як відбирання психічної енергії. Якщо в стані спокою, безпеки і благополуччя людина згадує неприємності, то ці спогади можуть спричинити зцілення, тобто зменшення негативних емоцій, пов'язаних із проблемною ситуацією. Або людина не може заспокоїтися і емоції повторно переживаються, відтворюються і закріплюються. У першому випадку відбувається оздоровлення в результаті десенсибілізації – зниження чутливості до образів травмувальних об'єктів. У другому – посилюються негативні емоції і погіршується душевний стан людини.

Зупинимося на розгляді *групової психотерапії* у контексті проведення психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Під груповою психотерапією розуміють:

- такий метод психотерапії, при якому одночасно надається допомога кільком клієнтам [384];
- лікування людей у групах (Я. Морено);
- метод, при якому з лікувальною метою використовується групова динаміка, тобто відносини і взаємодії членів групи як із психотерапевтом, так і між собою (С. Кратохвіл);
- лікувальний метод, який свідомо, планомірно й систематично застосовують у спеціально організованій лікувальній групі, де психотерапевт і учасники використовують вербальні і невербальні методи впливу на клієнта і групу і беруть активну участь у терапевтичній діяльності (С. Ледар) [476].

Вибір групової психотерапії був обумовлений чіткою постановкою цілей, значною економією часу і специфікою методу, що полягає в цілеспрямованому використанні в лікувальних цілях групової динаміки – всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи. Окрім цього, групова динаміка є розвитком або рухом групи в часі. Цим групова психотерапія відрізняється від індивідуальної, при якій основними є взаємини між терапевтом і окремим клієнтом.

Важливим для нашого дослідження є висновки Дж. Пратта, який звернув увагу на те, що сама група, вплив її членів один на одного є досить потужним психотерапевтичним фактором, що позитивно впливає на перебіг основного захворювання. Він настільки увірував у цілющі властивості групи, що розробив методику групової терапії для людей, які не мають соматичних захворювань [476].

Групи формувалися по 10–12 чоловік з урахуванням загального психоемоційного стану і проблем військовослужбовців-учасників бойових дій. Заняття проводилися 3–4 рази на тиждень. Кожен сеанс тривав приблизно 1–1,5 год. На початку роботи ми ознайомлювали військовослужбовців з принципами роботи, дотримання яких відповідало психотерапевтичним завданням. Поступово ці принципи перетворювались на психотерапевтичні норми, що допомагали захистити учасників від негативного групового досвіду, можливих травматичних переживань.

До основних принципів ми віднесли такі:

1) щирість і відвертість. У групі треба бути щирим і не приховувати своїх справжніх почуттів. Якщо учасник відчуває симпатію або, навпаки, не сприймає іншого учасника групи, треба говорити про це, або навпаки, можна відмовитись;

2) відмова від використання «ярликів». Учасники групи повинні прагнути до розуміння, а не до оцінювання інших. Замість того щоб оцінювати особистість людини, краще говорити про конкретні дії, поведінку, не використовуючи при цьому «ярликів–образ» типу «скиглій», «істерик»,

«тиран»;

3) контроль за власною поведінкою – цей принцип виражається формулою: «Про все можна говорити, але не все можна робити». У процесі проведення групових занять не можна безконтрольно проявляти свої негативні емоції – агресію, роздратування, злість;

4) принцип відповідальності – проявляється в тому, що кожен учасник групи бере на себе відповідальність за інших членів групи. Він бере на себе зобов'язання не пропускати заняття і не кидати групу;

5) правило «стоп». Кожен учасник має право зупинити будь-яку розмову без будь-яких пояснень, що стосується особисто його. Решта учасників групи зобов'язані коректно з повагою поставитися до його прохання. Це право дає учасникам впевненість і відчуття захищеності проти тиску групи;

6) конфіденційність – є обов'язковою вимогою невинесення за межі групи інформації інтимного характеру, тобто члени групи повинні мовчати про все, що відбувається в групі, і вони не повинні обговорювати за межами групи те, що відбувається всередині;

7) толерантність. Всі без винятку учасники групи повинні з терпимістю ставитися до всіх відвертих суджень інших учасників, навіть якщо вони не відповідають їхнім власним переконанням і моральним принципам.

Спираючись на роботи психологів [5; 6], цілями групової психотерапії з військовослужбовцями-учасниками бойових дій ми визначили:

1) дослідження проблем кожного члена групи і надання йому допомоги в її вирішенні;

2) зміна неадаптованих стереотипів поведінки і досягнення адекватної соціальної адаптації;

3) отримання знань про закономірності міжособистісних і групових процесів для гармонійного спілкування з іншими людьми (підвищення соціальної компетентності);

4) сприяння процесу особистісного зростання, реалізації людського потенціалу, досягнення оптимальної працездатності і відчуття щастя;

5) усунення хворобливих симптомів.

При проведенні групової психотерапії з військовослужбовцями-учасниками бойових дій важливою була особлива атмосфера [394], що сприяла вільному вираженню різних емоцій; виникненню відчуття приналежності до групи; саморозкриттю у безпечній обстановці; апробуванню нових форм поведінки; вибудовуванню взаємовідносин з різними людьми, які виконували різноманітні ролі.

В умовах обмеженості часу надання психологічної допомоги існує потреба застосування психотерапевтичних методик, які допоможуть визначити рівень травматизації особистості, її адаптивні можливості, стабілізувати психоемоційний стан та сприяти усвідомленню власних ресурсів для вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів і підтримання психологічної рівноваги. З цією метою при проведенні групової психотерапії з військовослужбовцями ми проводили емоційно-вольову саморегуляцію, використовували арт-терапевтичні техніки і засоби («Мандала», малювання із закритими очима, метафоричні асоціативні карти, малювання на піску тощо).

Варто враховувати факт, що для військовослужбовців-учасників бойових дій важлива робота з відновлення психологічних меж, яка на думку зарубіжних дослідників [226], передбачала такі аспекти:

- усвідомлення себе: свого тіла, почуттів, внутрішніх настанов, дій, думок, здібностей, рішень, бажань, обмежень;
- активність: люди без особистих меж не часто стають ініціаторами подій зовнішнього світу, а, як правило, тільки реагують на них, пасивно приймають чужі рішення;
- установлення обмежень – у першу чергу, на агресивну поведінку інших, що може містити надлишкова турбота, що призводить до зняття людиною відповідальності з самої себе, а також на емоційні образи, засудження і звинувачення. Людині важливо усвідомлювати свої обмеження у часі, грошах, енергії;
- визначення своїх цінностей, цілей і прийняття відповідальності за свій

вибір цих цінностей та цілей;

- розвиток самоконтролю як обмеження на бажання через формування балансу між задоволенням своїх бажань та управлінням ними;

- усвідомлення своєї «окремоті» від інших, що пов'язано з відчуттям «Я», власної ідентичності, здатності бути одному, знайти собі заняття, хобі, окремі від інших інтереси та уподобання;

- прийняття інших такими, якими вони є насправді, що пов'язано з відмовою від контролю поведінки, почуттів та свободи інших;

- чесність у ставленні до інших.

Робота з психологічними межами в арт-терапії будувалася на цілісному досвіді військовослужбовця, враховуючи його тілесні та емоційні зміни, когнітивний рівень, символічний, поведінковий, експресію, уяву [128].

Вагомим і ефективним методом при роботі з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, на основі аналізу напрацювань фахівців [3; 166], було визначено консультування. Сутність консультаційної роботи полягає в наданні, на основі спеціальних професійно-наукових знань, безпосередньої психологічної допомоги через створення умов, за яких клієнт відкриває (усвідомлює) нові можливості у розв'язанні своїх психологічних проблем. У контексті здійснення психологічної й соціальної реабілітації, консультування носило короткочасний і епізодичний характер особистих контактів психолога / соціального працівника і військовослужбовця.

При проведенні соціального / психологічного консультування ми надавали поради військовослужбовцям, однак, їхня практична реалізація залежала від них самих, оскільки вони мали самотійно прийняти рішення. Метою консультування ми визначили допомогу військовослужбовцям у дослідженні власної особистості, у розумінні своїх стосунків з оточуючим світом, оцінці, проблем та пошуку альтернативних варіантів їх розв'язання. Мета реалізовувалась через вирішення таких завдань (за Р. Немовим) [318]:

- 1) конкретизація (з'ясування) проблеми військовослужбовця-учасника бойових дій. При цьому необхідно було уважно вислухати клієнта,

спостерігаючи за його поведінкою (вербальною, невербальною);

2) інформування комбатанта про сутність проблеми, про реальний ступінь її серйозності. При цьому необхідно не лише аргументовано пояснити клієнту, в чому полягає його проблема, але й трактувати, чому вона виникла і як її можна практично вирішити;

3) вивчення консультантом особистості військовослужбовця, що дасть змогу з'ясувати, наскільки повно і глибоко розуміє клієнт свої проблеми та наскільки він готовий до їх розв'язання;

4) формулювання порад і рекомендацій військовослужбовцю-учаснику бойових дій з приводу того, як найкраще вирішити його проблему. При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного конкретного клієнта та специфіку розуміння проблеми консультантом. Поради та рекомендації повинні бути простими, короткими та зрозумілими;

5) надання допомоги військовослужбовцю-учаснику бойових дій у вигляді додаткових практичних порад, які пропонуються тоді, коли він вже розпочав вирішувати проблему;

6) навчання комбатанта тому, як найкраще уникнути в майбутньому подібних проблем. При цьому консультант наголошує, щоб клієнт самостійно міг попереджувати повторне виникнення подібної проблеми.

При проведенні індивідуального консультування комбатантів ми дотримувалися принципів, обґрунтованих Т. Дуткевич, О. Савицькою [166], а саме:

– принцип безоцінного й доброзичливого ставлення до військовослужбовця-учасника бойових дій, що передбачає вияв поваги та емоційної теплоти, вміння прийняти клієнта таким, яким він є, не засуджуючи його цінності, норми, поведінку та стиль життя;

– конфіденційність означає, що консультант повинен зберігати у таємниці все, що стосується особистих проблем і життєвих обставин його клієнта;

– принцип добровільності означає, що військовослужбовець сам

звернувся до консультанта, оскільки він внутрішньо мотивований до сприйняття допомоги та суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті;

– принцип професійної мотивованості самого консультанта передбачає те, що він має захищати інтереси військовослужбовця-учасника бойових дій, уникаючи упередженого ставлення до нього;

– відмова консультанта від порад пов'язана з тим, що військовослужбовця необхідно мотивувати до активної діяльності щодо аналізу власних проблем, пошуку оптимального виходу з кризи, одночасно необхідно посилити відповідальність самого клієнта за те, що з ним буде відбуватися у подальшому.

У процесі проведення консультування ми давали поради військовослужбовцям (додаток І), які необхідно знати і використовувати відразу ж після дії стресових факторів і рекомендації для профілактики синдрому професійного вигорання.

Ще однією формою групової роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій є тренінг. Варто відрізняти груповий тренінг та роботу з групою від групової психотерапії. Вчені [301; 348] пояснюють це тим, що груповий тренінг сконцентрований на подоланні певних порушень поведінки і вимагає високої структурованості (цілеспрямовані вправи, жорсткий терапевтичний план), при груповій психотерапії йдеться про набуття емоційного досвіду і досягнення інтрапсихічних змін; при цьому ступінь структурування доволі малий [384].

Ми розробили тренінгову програму «Антистрес» для військовослужбовців (табл. 4.5), метою якої було формування у них практичних умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, ПТСР.

Мета передбачає розв'язання таких завдань програми як інформування про симптоми та фактори стресу, ПТСР; оволодіння прийомами зняття симптомів стресу, саморегуляції та саморефлексії; встановлення міцних, заснованих на взаємному інтересі та довірі стосунків у групі.

Таблиця 4.5

**Програма тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців-учасників
бойових дій**

№	Тема	Мета заняття	Зміст	Обладнання
1.	Самопізнання та самопрезентація	Презентувати себе, розкрити свої здібності, характеристики, таланти, можливості	Вправа «Знайомство»; вступне тестування учасників тренінгу за модифікованою методикою на визначення рівня стресу Л. Рідера (додаток К); вправа «Без маски»; вправа «Улюблена тварина»; вправа незакінчене речення «Я люблю ...»; вправа «Суд над самим собою»; вправа «Досвід моїх помилок»; вільне малювання; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; кольорові олівці, акварельні фарби, папір
2.	Стрес, ПТСР	Ознайомити з поняттям «стрес», ПТСР, їх видами, причинами, стадіями, способами корекції та профілактики	Ознайомлення з поняттями «стрес», «ПТСР». Тестування учасників за допомогою тесту на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко (додаток Л); гра «Ім'я – якість»; вправа «Половинка»; дихальні вправи; техніка розслаблення обличчя «Маска релаксації»; вправа «Хор зоопарку»; вправа «Дощ»; гра на згуртування «Піраміда»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; кольоровий папір, картон, клей, ножиці

Продовження табл. 4.5

3.	Комунікативна компетентність	Познайомити з правилами ефективного спілкування	Ознайомлення зі структурою спілкування; комунікативними характеристиками людини. Вправа «Автомийка»; гра «Желе»; дихальні вправи; візуалізація «Маяк»; гра «Ніж і масло»; вправа «Хвиля»; самомасаж «Перекоти м'яч»; проєктивне малювання «Людина під дощем»; самонавіювання на підвищення працездатності; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; м'яч масажний, малюнки маяка
4.	Конструктивна поведінка в конфліктах	Ознайомити з різними шляхами розв'язання конфліктів; моделями поведінки у конфліктних ситуаціях	Ознайомлення з поняттям «конфлікт», структурою, видами конфліктів; поведінкою в конфліктній ситуації. Гра «Казка про вправного військового»; візуалізація «Море»; вправи на релаксацію; вправа «Зміна місць»; вправа «Коло»; вправа «Асоціації»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; «Шум моря або океану»
5.	Саморегуляція, саморефлексія	Створити умови для оволодіння способами психічної саморегуляції, саморефлексії для відновлення внутрішніх ресурсів організму	Ознайомлення з поняттями «саморегуляція», «саморефлексія»; методами і прийомами зняття стресу. Вправа «Кроки Чарлі Чапліна»; візуалізація «Притулок»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Голосова розрядка»; дихальні вправи; вправа «Лист товаришу»; аутогенне тренування; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; папір; ручки.

Продовження табл. 4.5

6.	Аутогенне тренування	Ознайомити з прийомами аутогенного тренування	Ознайомлення з поняттям «аутогенне тренування»; методами і прийомами аутогенного тренування. Вправа «Ім'я і епітет»; гра «Карусель»; вправа «Проміжна рефлексія»; візуалізація «Корабель»; дихальні вправи; вправа «Мій настрій»; вправа «Порядковий рахунок»; малювання під різну музику; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Музика для релаксації; м'яч; фарби, папір
7.	Цілепокладання і управління часом	Створити умови для усвідомлення своїх проблем і способів їх подолання; ознайомити з правилами розподілу часу	Ознайомлення з поняттями «цілепокладання», «управління часом». Вправа «Чемодан»; гра «Час»; самонавіювання на підвищення працездатності; вправа «Почуття і емоції»; самомасаж; вправа «Довіра»; саморегуляція «Як я борюся зі стресом»; незакінчене речення «Я хочу...; я можу...; я буду...; я роблю...»; рефлексія; обговорення заняття; ритуал прощання	Картки із зображенням емоцій; музика для релаксації; кольоровий папір; ручки
8.	Алгоритм впевненості, наші цілі	Ознайомити з алгоритмом впевненості, скоригувати з урахуванням власних бажань; формулювання особистих і професійних цілей	Ознайомлення з алгоритмом впевненості. Розробка власного алгоритму впевненості у собі. Вправа «Загальна увага»; вправа «Страхи і бажання»; казка про впевнену людину; вправа «Людина-стресор»; вправа «Досвід впевненості»; вправа «Невпевнені, впевнені та агресивні відповіді»; релаксація під музику; вправа «Мої цілі»; обговорення заняття; ритуал прощання; підведення підсумків тренінгу	Музика для релаксації; ручки; папір

У своїй практичній роботі щодо організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій ми поєднували кілька видів психофізіологічного розвантаження: музикотерапію, релаксацію; тілесно-орієнтовану терапію; аутогенне тренування, арт-терапію, казкотерапію тощо.

Кожне заняття мало таку структуру:

- 1) привітання;
- 2) розминка, налаштування на роботу (вправи на зняття напруги, скутості);
- 3) дихальні вправи;
- 4) релаксація, візуалізація;
- 5) мобілізаційні вправи;
- 6) обговорення, ритуал прощання.

Тривалість програми складала 16 годин (8 занять). Заняття проводилися 1 раз на тиждень, тривалістю 2 години протягом лютого–березня 2017 року. Програма проводилася на базі Рекреаційного центру «Берег надії», міського Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та Хмельницького міського центру зайнятості з групами наповнюваністю по 12 чоловік – військовослужбовців-учасників бойових дій. Результати діагностики, опитування респондентів, які брали участь у розробленій програмі, підтвердили її ефективність.

Отже, процес комплексної реабілітації передбачав напрями з «соціально-психолого-педагогічним навантаженням». По-перше, завдяки проведенню тренінгів військовослужбовці-учасники бойових дій мали змогу активно включитися до комунікативної діяльності, тим самим розвивати свої комунікативні вміння і навички. Нами, у зазначеному контексті, були створені належні умови для організації «позитивного» спілкування військовослужбовців з мультидисциплінарною командою, до якої входили соціальний педагог, реабілітолог, психолог, психотерапевт, медичний працівник з іншими учасниками бойових дій, які проходять реабілітацію. По-

друге, позитивним при здійсненні реабілітації виступало включення в різні види творчої, художньої та виробничої діяльності (арт-терапія, музикотерапія, казкотерапія тощо). З метою більш ґрунтовнішого висвітлення означеного кола проблематики вважаємо за доцільне зупинитися на висвітленні потенціалу інноваційних методів, які володють суттєвим позитивом під час організації та здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

4.5 Характеристика інноваційних методів реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях

Практичні напрями медичної психології (патопсихологія, клінічна психологія, психогігієна і психопрофілактика, психологічна корекція та психологічна реабілітація тощо) в повній мірі можуть бути реалізовані при вирішенні медико-психологічних завдань у Збройних Силах. Однак армійські колективи – це вельми специфічні утворення. Їх специфічність полягає не тільки в строгій ієрархії, а й у призначенні, в обмеженні часу існування в незмінному складі тощо. Погоджуємося із фахівцями у тому, що «багато практичних напрямів медичної психології по відношенню до Збройних Сил набувають деякої специфічності, утворюючи при цьому окремий напрям військової психологічної науки – психологічну діяльність щодо збереження професійного здоров'я військовослужбовців, що передбачає медичні, соціальні та психологічні аспекти» [282, с. 268].

Основні завдання та зміст психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій і збереження їх професійного здоров'я А. Маклаков [282] сформулював таким чином: на етапі професійного відбору та раціонального розподілу військовослужбовців необхідно оцінити рівень адаптаційного потенціалу особистості, співвіднести отримані

результати з вимогами військової професії і визначити ймовірність ускладнення процесу адаптації в період професійної діяльності; на етапі психологічного супроводу професійної діяльності забезпечити не тільки підтримку на відповідному рівні адаптаційних можливостей особистості, а й домогтися їх подальшого розвитку; в період реабілітації військовослужбовців, які перенесли психотравмувальні ситуації, основним завданням є відновлення адаптаційних можливостей постраждалих і повернення їх до звичної професійної діяльності [282, с. 286-287].

З метою ефективної організації та здійснення реабілітаційного процесу з військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, першочерговим є психотерапевтичний вплив – психотерапія, яку розглядають у медичному і психологічному контексті. Згідно медичного підходу психотерапія апелює до таких понять, як «хвороба», «хворий», «лікувальні дії», «здоров'я» і розуміється як: «специфічна ефективна форма дії на психіку людини з метою забезпечення і збереження її здоров'я»; «система лікувальних дій на психіку і через психіку – на організм людини»; «процес лікувальної дії на психіку хворого або групи хворих, що об'єднує лікування і виховання» [219, с. 5].

Для характеристики інноваційних методів реабілітації комбатантів необхідно розглянути ефективні підходи психотерапевтичного втручання, які б сприяли посттравматичному зростанню особистості як результату подолання травми. При цьому, як зазначають західні науковці [526; 527], метою психотерапевтичного втручання має бути саме особистісне зростання, а не зменшення страждань.

Зокрема, як доводять науковці [552], посттравматичне зростання (ПТЗ) – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною внаслідок зіткнення зі складними життєвими кризами, а також перенесеннями серйозними психотравмівними ситуаціями і подіями. На сьогодні існує три найпоширеніші теоретичні моделі ПТЗ – це особистісно-центрована модель S. Joseph; функціонально-дескриптивна модель R. G. Tedeschi та L. G. Calhoun;

психолого-філософська модель R. Papadopoulos; біопсихосоціальна модель M. Christopher. Розглянемо їх більш детально.

Так, в основу *особистісно-центрованої моделі S. Joseph* покладено погляди К. Роджерса [526; 527]. У найзагальнішому контексті вона ґрунтується на ідеї когнітивної акомодатії травматичного досвіду особи та якісної перебудови її Я-концепції. Згідно з цією моделлю, когнітивна обробка нової інформації внаслідок травмування може здійснюватися або шляхом асиміляції в рамках існуючої моделі світу, або на основі вже існуючої моделі, коли військовослужбовці-учасники бойових дій можуть акомодувати нову інформацію. Тобто з метою досягнення вищого, ніж до травми, особистісного рівня, військовослужбовець має піти шляхом позитивної акомодатії, що передбачає процес якісної трансформації Я-концепції та суттєвого оновлення свого світогляду. Такі практичні дії будуть якісно сприяти особистісному зростанню військовослужбовців-учасників бойових дій.

На основі аналізу напрацювань фахівців [263; 508; 552] було з'ясовано, що *функціонально-дескриптивна (описова) модель* представляє процес ПТЗ не просто як повернення до попереднього рівня функціонування після травми, а як якісну трансформацію особистості, позитивні зміни і процес глибокого та всеосяжного самовдосконалення особистості. Зокрема, автори даної моделі розглядають особистісне зростання з точки зору наслідків когнітивної переоцінки початкових дотравматичних переконань, поступової системної реконструкції власних уявлень про світ. Тобто у військовослужбовців-учасників бойових дій спочатку активується процес автоматичного пригадування травматичної події, у свідомість мимовільно втручаються нав'язливі спогади й думки. Усе це супроводжується помітними симптомами емоційного дистресу. Лише згодом відбувається свідоме рефлексивне переосмислення отриманого травматичного досвіду. За такої умови обробка інформації здійснюється у такий спосіб, щоб надати можливість людині самостійно зосередитися на з'ясуванні змісту подальшого життя, усвідомленні набутого досвіду. У найбільш загальному контексті названа модель

безпосередньо описує особистісні трансформації у таких вимірах: зміни у самосприйнятті –персональна стійкість та нові можливості; міжособистісні стосунки; зміни у філософії життя – відбуваються духовні зміни, а тому військовослужбовці активно займаються пошуком нових життєвих ціннісних орієнтацій, будують інноваційні плани самовдосконалення.

Згідно з *психолого-філософською моделлю R. Papadopoulos*, кінцевою метою психологічної допомоги травмованим людям (у нашому випадку військовослужбовцям-учасникам бойових дій) має бути перехід від переосмислення отриманої травми до нового погляду на своє власне подальше життя. Такий перехід передбачає формування у військовослужбовців нового сенсу життя, нових цілей, цінностей та пошук відповідних ресурсів для їх досягнення. Як доводять фахівці, [541] з психологічної точки зору реакції на стресові й травматичні події можуть варіюватися залежно від низки тих чинників, які мають вагомий вплив на людину. До чинників, на які варто звертати увагу при роботі з військовими-учасниками бойових дій було віднесено такі:

- особистість: історія життя військовослужбовця (анамнез), його психологічні особливості, сильні/слабкі сторони, копінг-стратегії, захисні механізми, ригідність/лабільність, освіта, соціальний статус тощо;
- «соціальний капітал» (стосунки з найблищим оточенням, наявність підтримки та можливість її активно сприймати): сім'я (розширена, нуклеарна), спільноти (міжнародні, місцеві, організаційні, етнічні тощо);
- фактичні обставини травматичних подій: ізоляція, очікуваність/неочікуваність подій, тривалість травматичної події, тривалість афектації;
- гендерний аспект;
- сенс/зміст, що мають травматичні події: релігійний, політичний, ідеологічний тощо;
- досвід схожих подій;
- існування надії – відсутність надії.

Вважаємо, що кожна з виділених змінних може зумовлювати у військовослужбовців-учасників бойових дій певну реакцію на травматичну подію, процес її усвідомлення, а також показувати ресурсний потенціал для особистості, а тому слугувати прогностичним фактором щодо подальшого відновлення та особистісного зростання.

Згідно з *біопсихосоціально-еволюційною моделлю травматичної стресової реакції М. Christopher*, реакція на травмування – це еволюційно успадкований механізм метаучіння, що руйнує та реконструює метасхеми (концепції особистості, суспільства та природи) [511, с. 76]. З'ясовано, що у загальному цей процес має одночасно біологічний, психологічний та соціальний характер. Так, біологічна природна реакція на травму може проявлятися як у вигляді ПТСР, так і у вигляді ПТЗ. Важливим фактором, який визначає результат посттравматичного розвитку, є, на думку авторів запропонованої моделі, якість взаємодії військовослужбовців зі своїм середовищем. Адаптивними реакціями на екстремальну загрозу є когнітивна ресимуляція (відтворення подій у свідомості), надмірна уважність, емоційна дисоціація, які, доволі часто, можуть перейти в патологічні, або які, з іншого боку, можуть бути підґрунтям ПТЗ. До прикладу, такі особистісні риси як уважність та пильність допомагають убезпечити себе від подальших травмувань у майбутньому; ресимуляція сприяє виробленню більш ефективних реакцій на схожу загрозу; дисоціація допомагає відокремити емоційний досвід від когнітивних схем та сценаріїв, а також уникати в майбутньому подібних помилок. Усе це дозволяє по-новому опрацьовувати інформацію. Встановлено, що запропонована модель супроводжується низкою теоретичних висновків. По-перше, стрес – це первинна дораціональна форма біопсихологічного зворотного зв'язку, що пов'язана зі стосунками індивіда з оточуючим середовищем; по-друге, нормальним виходом із травми має бути посттравматичне зростання, ніж патологія; по-третє, саме раціональність є найновішим і найбільш виваженим механізмом подолання стресу.

Отже, представлені теоретичні моделі посттравматичного зростання зосереджують увагу на трансформації ціннісно-сислової сфери особистості військовослужбовців-учасників бойових дій. Водночас практична допомога в переосмисленні травми, постановка нових цілей, визначення й усвідомлення сенсу життя, є одним із важливих завдань комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Психотерапевтичну допомогу, на думку М. Крамника [254], необхідно надавати військовослужбовцям-учасникам бойових дій з прикордонними нервово-психічними розладами, неадекватними реакціями, а також особам, які страждають психосоматичними захворюваннями.

В зоні бойових дій, при виникненні ознак порушень адаптації, рекомендовано використання найбільш простих і доступних методів психокорекції. Термінова психотерапія, на думку фахівців, яку ми повністю поділяємо [254; 345; 398] повинна проводитися в найближчий термін після отримання психічної травми (як правило, в безпосередній близькості до району бойових дій) з метою відновлення внутрішньої психічної рівноваги пацієнта і недопущення дезадаптивної реорганізації особистості. На шпитальному етапі проводиться цілий комплекс психотерапевтичних методик. Їх вибір і застосування, в першу чергу, визначається спрямованістю їх використання та ефективністю в умовах сьогодення, можливостями шпиталю, а також особистісними особливостями комбатантів. Виходячи з основних цілей психотерапії, її проведення дає змогу домогтися досягнення хворим усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між його системою відносин і хворобою, а також корекції реакцій і форм поведінки.

На думку фахівців [154; 219; 402] на першому етапі надання психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям-учасникам бойових дій найбільш доцільним є застосування методів психічної саморегуляції, аутогенного тренування, самонавіювання, м'язової релаксації. На другому етапі – поведінкової психотерапії, яка є найбільш ефективною при корекції ЦТСР, особистісно-орієнтована психотерапія, основною формою якої є

раціональна (індивідуальна і групова). Основними завданнями раціональної психотерапії є вироблення у хворого розумного, адекватного ставлення до свого захворювання, стрижнем якого є правильне, доступне розумінню характеру, причин виникнення та прогнозу захворювання. Це в значній мірі сприяє формуванню у хворого адекватного ставлення до своєї хвороби. Даний метод містить роз'яснення, навіювання, емоційний вплив, вивчення і корекцію окремих особистісних особливостей військовослужбовця, який брав участь у бойових діях. Він спрямований на формування стійкої позитивної установки на успішність майбутнього лікування, корекцію виникаючих у зв'язку з цим переживань, підвищення мотивації до подальшої реабілітації, трудової діяльності і соціальної активності. На наступних етапах психотерапевтичного впливу необхідно застосовувати групові форми раціональної психотерапії, основною метою яких є: вироблення адекватних поведінкових стереотипів, корекція установок, відносин і оптимізація спілкування, перебудова системи відносин і вироблення адекватних форм психічної компенсації.

Корекційні заходи, в основному, повинні бути спрямовані на корекцію системи ціннісних орієнтацій, потреб, приведення рівня домагань у відповідність зі своїми реальними можливостями, корекцію поведінкових реакцій, досягнення об'єктивної самооцінки, розвиток здатності до запобігання і вирішення соціальних конфліктів тощо. На наступних етапах корекції ефективне використання соціально-психологічного тренінгу [254].

По-іншому визначають етапи професійної допомоги при роботі з ПТСР зарубіжні дослідники [386]. На першому етапі проводиться психологічна діагностика. Вона може проходити за допомогою тестів або у формі бесіди, у ході якої психолог намагається зрозуміти проблемну ситуацію і переживання людини, яка звернулася за допомогою. Другий етап передбачає укладення психотерапевтичного договору (контракту), який захищає обидві сторони і визначає умови і порядок їх спільної роботи. Третій етап – «робочий» – початок роботи над проблемою, на якому психолог разом із клієнтом створює, розширює і зміцнює психологічні ресурси, які допоможуть зменшити прояви

ПТСР. На четвертому етапі відбувається опрацювання травматичного досвіду, тобто його прийняття. Ця стадія починається тоді, коли людина готова зустрітися зі спогадами, переживаннями тієї події, що викликала психологічну проблему. П'ятий етап – це своєрідна «екологічна перевірка», у процесі якої людина пробує жити з новим досвідом, який вона отримала у процесі психокорекції та психотерапії. Ця стадія необхідна для того, щоб травматичні переживання не повернулися знову.

Наголосимо на тому, що психологічний підхід при розгляді психотерапії зосереджений на поняттях «психологічні засоби», «міжособова взаємодія», «психологічні проблеми». Найбільш поширеними, у нашому розумінні, є такі:

- особливий вид міжособистісної взаємодії, при якій пацієнтам надається системна професійна допомога на основі використання психологічних засобів з метою якісного вирішення конкретних проблем і усунення ускладнень психологічного характеру;

- тривала міжособистісна взаємодія, коли відбувається корекція людських взаємин;

- персоналізована техніка, яка є чимось середнім між технікою планованих змін почуттів, стосунків і поведінки людини, й пізнавальним процесом, який ставить людину віч-на-віч з її внутрішніми проблемами та конфліктами;

- засіб, що базується на використанні вербальних методик і міжособистісних взаємовідносин з метою якісного надання допомоги людині у вдосконалення її поведінки й стосунків, які є соціально, інтелектуально або емоційно негативними для самої особистості.

У наукових колах [4] прийнято розрізняти два види психотерапії: загальну (непряму) і спеціальну (пряму). Встановлено, що спеціальна (пряма) психотерапія – це сукупність спеціальних прийомів словесного впливу на психіку військовослужбовця-учасника бойових дій, який отримав психічну травму. На практиці виокремлюють такі види прямої (спеціальної) психотерапії:

- коригувальна, спрямована на вироблення правильного ставлення до події і послаблення патогенної значущості причини її стану;
- седативна, що передбачає заспокоєння людини, пом'якшення її емоційного реагування на свій стан та ослаблення її хворобливих відчуттів;
- стимулювальна, що має на меті мобілізацію компенсаторних механізмів особистості та підвищення соціальної активності;
- психотерапія, спрямована на усунення патологічного стереотипу, що обумовлює стійку фіксацію симптомів хвороби.

Загальна (непряма) психотерапія передбачає комплекс заходів, які безпосередньо спрямовані на створення такої обстановки, яка сприятливо впливає на людину, що отримала психічну травму. До них відносять раціональну організацію діяльності, або, у разі гострої потреби, зміну роду й виду занять; відволікання від неприємних психотравмувальних переживань; створення здорового соціально-психологічного клімату; застосування активуючого режиму реабілітації тощо.

Підтримуємо С. Єніколопова [171], який розрізняє чотири стратегії терапії, що дають змогу досягти мету, спрямовану на звільнення військовослужбовців-учасників бойових дій від негативних спогадів про минуле, а також від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, – це:

- 1) підтримка адаптивних навичок «Я» (позитивне ставлення до терапії);
- 2) формування позитивного ставлення до симптомів (навчання військовослужбовців сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);
- 3) зниження уникнення (прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити негативний досвід);
- 4) зміна атрибуції сенсу (формування у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, відчуття «контролю над травмою»).

Для організації і здійснення психологічної складової комплексної реабілітації психологи [297] пропонують використовувати арсенал різноманітних психотерапевтичних методів, а саме, раціональну психотерапію, сугестивну психотерапію, наркопсихотерапію, трудотерапію, естетотерапію, які у кожному індивідуальному випадку вирішують свої психотерапевтичні завдання (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Основні психотерапевтичні методи у контексті вирішення індивідуальних завдань військовослужбовців-учасників бойових дій

Психотерапевтичні методи	Завдання, які вирішують при роботі з військовослужбовцями
Раціональна психотерапія	Допомагає зрозуміти причини проблеми та визначити механізми її вирішення
Сугестивна психотерапія	Зменшує прояви деструктивних емоційних станів – напруги, агресії, страхів, тривоги
Когнітивна психотерапія	Допомагає переосмислити свою життєву позицію і змінити негативні установки на позитивні
Особистісно-орієнтована терапія	Змінює ставлення військовослужбовця-учасника бойових дій до психотравмувальної ситуації і допомагає усвідомити необхідність нести відповідальність за свою поведінку і вчинки
Позитивна терапія (гештальт-терапія)	Дає змогу активізувати приховані резерви і можливості військовослужбовця у розв’язанні різних труднощів і проблем

При виборі психотерапевтичних методів ключовим моментом є визначення цілей психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, які ми сформулювали таким чином:

1) взаємодія з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що допомагає зменшити сором, невпевненість, відчуженість і пережити відчуття приналежності до групи;

2) повторне емоційне переживання стресової ситуації в безпечному місці разом із терапевтом й іншими членами групи;

3) можливість спостерігати за проявом негативних емоцій у інших членів групи з обов’язковою їх підтримкою;

4) навчання контролювати власні негативні емоції, особливо спалахи агресії, як прояви ПТСР;

5) формування вмінь вирішувати власні проблеми і допомагати іншим учасникам групи вирішувати індивідуальні й групові проблеми;

6) отримання нового досвіду вибудовувати взаємостосунки з іншими людьми в умовах мирного життя.

Розглянемо найбільш популярні психотерапевтичні методи, які використовують при проведенні реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Так, *раціональна психотерапія*, як один із основних методів психотерапії ґрунтується на переконанні, зверненні до логічного мислення та розуму травмованої людини, аргументації різних переконливих фактів, доказів, що допомагає їй самостійно зробити висновки і змінити відношення до психотравмувальної ситуації. Здійснюється з військовослужбовцями-учасниками бойових дій у формі діалогу або бесіди, у ході яких апелюють до їхнього розуму, свідомості та волі. За допомогою спеціальних прикладів зміцнюється воля до відновлення нормального стану, а також підтримується бадьорість духу. У якості вагомих чинників використовують авторитет командира, досвідченого товариша по службі або ж психолога чи лікаря. Вагомими є переконання, відволікання його від проблем, роз'яснення ситуації, схвалення поведінки військовослужбовця. Раціональна психотерапія, на переконання В. Мисюри [297], спрямована на корекцію неадекватних емоційних реакцій і порушеної системи відносин. Вона також передбачає створення активної позиції травмованого військовослужбовця в подоланні хворобливих проявів.

Сугестивна психотерапія передбачає емоційний вплив на психіку військовослужбовця-учасника бойових дій, тобто навіювання позитивних думок. Впливати на людину можна двома способами: навіюванням в стані неспання та навіюванням в стані сну (гіпноз). В армійських умовах найбільш доступний перший спосіб, що сприймається військовослужбовцем пасивно, без критичної оцінки. Як свідчить практика, в сучасних умовах найбільшого

поширення набули такі форми навіювання, як самонавіювання (саморегуляція) і аутогенне тренування.

Психічна саморегуляція – це здатність людини впливати на себе за допомогою слів та відповідних (адекватних) для неї уявних образів. Самонавіювання використовують при наявності помірно виражених психоневротичних симптомів (порушення сну, високої тривожності, емоційне напруження, зниження настрою). Воно також є позитивним для корекції функціонального стану військовослужбовців, а також для підвищення рівня функціональних (психорегулювальних) можливостей здорових військовослужбовців-учасників бойових дій з метою запобігання розвитку у них перевтоми.

Зокрема, як показує досвід В. Мисюри [297], для зняття залишкових явищ бойового збудження, а також з метою зменшення надмірної нервово-психічної напруги доцільно прослуховувати у аудіо записі або відтворювати самостійно в розумі такі позитивні словесні формули, які допомагають розвивати аутогенну релаксацію. У практичному аспекті з метою підвищення активності військовослужбовців, а також для зняття симптомів загальної втоми, необхідно прослуховувати улюблену музику, відтворювати приємні картини, які приносять позитивні емоції.

Психічна саморегуляція складається з двох частин – загальної та спеціальної. Загальна дає змогу виробити у військовослужбовців-учасників бойових дій практичні уміння й навички управління увагою (переключення, зосередження, концентрація); довільно регулювати характер дихання та власний м'язовий тонус; цілеспрямовано оперувати чуттєвими образами (уявлення тепла, радості, задоволення тощо); оволодіти навичками швидкого аутогенного занурення і виходу з цього стану. У практичному контексті вправи загальної частини застосовуються для зменшення втоми, зняття напруги, відновлення фізичних сил, регуляції вегетативних функцій власного організму. Спеціальна частина передбачає комплекс форм самонавіювання, що дають змогу нормалізувати функції центральної нервової системи, а також

дозволять ефективно регулювати перебіг психічних процесів і свого емоційного стану. Як довели науковці, [297] цілеспрямоване використання військовослужбовцями спеціальних формул для корекції функціонального стану носить, як правило, індивідуальний характер.

Для відновлення спокою та сил військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, ми рекомендували використовувати *самонавіювальний сон*. Тобто, військовослужбовець повинен опанувати навички самостійного занурювання себе у нетривалий сон на 20–40 хв., а також навчитися самостійно виходити з нього вже відпочившим і бадьорим. Формула самонавіювального сну, зазвичай, проговорюється відразу ж за формулою психом'язового тренування. Наприклад, ми радили проговорювати наступне: «Я розслабився. Мені хочеться спати. З'являється відчуття сонливості, яке з кожною хвилиною стає глибшим і посилюється. Мої повіки стають важкими і закривають очі. Настає спокійний і приємний сон». Запропоновані фрази необхідно подумки вимовляти дуже повільно й монотонно, щоб досягнути бажаного ефекту.

У контексті сугестивної психотерапії доволі дієвим методом роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій вважаємо *аутогенне тренування* – «(від грец. Autos – сам, genos – походження) – психотерапевтичний метод лікування, що передбачає навчання людей м'язової релаксації, самонавіювання, розвитку концентрації уваги і сили уявлення, вмінню контролювати мимовільну розумову активність з метою підвищення ефективності значущої для суб'єкта діяльності» [255].

Аутогенне тренування дає змогу:

- зменшувати прояви деструктивних емоційних станів – емоційну напругу, почуття тривоги і відчуття дискомфорту;
- підвищувати емоційну стійкість;
- контролювати власні емоції, спостерігаючи за їх зовнішніми проявами;
- формувати здатність цілеспрямовано керувати своєю поведінкою та емоційним станом в умовах складної або небезпечної діяльності;

– вдосконалювати вміння самостійно долати емоційну напруженість, підтримувати раціональний стан і поведінку для будь-яких стресових випадків;

– нормалізувати фізіологічні функції організму й поліпшувати настрій військовослужбовців.

Як зазначає В. Мисюра [297], у бойовій обстановці аутогенне тренування можна ефективно використовувати для мобілізації внутрішнього потенціалу, сил і можливостей військовослужбовців, а також з метою зняття психофізичної напруги в перервах між веденням бойових дій. Аутогенне тренування володіє значним позитивом для відновлення психічної рівноваги після закінчення бою у тому випадку, коли військовослужбовці отримали незначні психічних травм. У практичному плані заняття з навчання методам аутогенного тренування може проводити лікар або психолог, або підготовлений офіцер. Тривалість занять – від 20 хв. до 1 год. Практикуючі психологи радять проводити військовослужбовцям-учасникам бойових дій самостійні тренування проводити двічі на день – вранці та ввечері.

При навчанні військовослужбовців-учасників бойових дій аутогенному тренуванню було використано такий порядок виконання:

- 1) вступна частина тренування;
- 2) вправа на досягнення загального заспокоєння;
- 3) вправа на тренування м'язової релаксації;
- 4) вправа для викликання відчуття тепла в кінцівках;
- 5) вправа на викликання відчуття тепла в сонячному сплетінні;
- 6) вправа на оволодіння регуляцією ритму дихання;
- 7) вправа на оволодіння регуляцією ритму серцевої діяльності;
- 8) вправа на зміцнення волі.

Перед початком заняття необхідно дати установку: «Прийміть зручне положення. Вам ніщо не заважає, вас ніщо не турбує. Розслабтесь». Основні словесні формули читаються спокійно й впевнено. Після кожної формули витримується пауза 5–7 сек., під час якої у військовослужбовців виникають

образні уявлення про сказане при закритих очах. Навіювання слід вимовляти наказовим тоном, з огляду на стан особового складу і характер прояву психічних порушень. Інколи можна включати музичний супровід – це має бути спокійна, розслаблююча музика.

У контексті аналізу сугестивної психотерапії хотілося б зупинитися на розгляді *методу конфронтаційної сугестії*, розробленого І. Маніловим [288]. Наш вибір обґрунтований тим, що, по-перше, навіювання можна здійснювати переважно у стані неспання, а це може робити психолог. По-друге, необхідно створити ситуацію, коли альтернативні адаптивні думки сприйматимуться військовослужбовцями начебто його особисті, а не такі, що були нав'язаними ззовні, тобто необхідно дати можливість клієнту відчувати себе активним учасником психотерапевтичного процесу. По-третє, потрібно навіювати лише такі ідеї, які не є прямою антитезою дисфункціональних думок, на перший погляд не суперечать їм, але згодом зможуть поступово розхитати та зруйнувати будь-які дисфункціональні когнітивні утворення.

Автор методики наголошує, що «в процесі реалізації конфронтаційної сугестії клієнту навіюють ідеї, які є логічно несумісними з його попередніми дисфункціональними переконаннями. Внаслідок зіткнення принципово протилежних думок, виникає феномен когнітивного дисонансу з подальшим витискуванням або корекцією дисфункціональної думки. Для успішної реалізації такого психотерапевтичного навіювання необхідно навіювати начебто нейтральні ідеї, які, на перший погляд, збігаються з основними світоглядними настановами клієнта та не викликають у нього негативного емоційного відгуку і супротиву, проте змістовно суперечать дисфункціональним думкам. Ідеї повинні бути загальновідомими і, по можливості, самоочевидними, не суперечити науковим фактам та індивідуальному життєвому досвіду клієнта» [288, с. 174].

У нашому баченні психотерапевтичну корекцію дисфункціональних когнітивних процесів необхідно здійснювати за допомогою навіювання загальних світоглядних принципів – «безперервної мінливості», «відносності»,

«взаємозв'язку», «необоротності», «динамічної рівноваги», «самоорганізації». Усі ці принципи презентуються як найбільш вагомі, а тому їх універсальність є самоочевидною. Погоджуємося із І. Маніловим [288] у тому, що саме названі вище принципи доцільно визнати основою руйнування ригідних дисфункціональних когнітивних утворень у військовослужбовців-учасників бойових дій. Так, у розумінні І. Манілова, дисфункціональні переконання виявляються в процесі структурованого діалогу. Обирати теми розмови треба обережно, щоб вони не несли дисфункціональних думок. Під час бесіди не можна надмірно узагальнювати та бути категоричним з військовослужбовцями.

Перед психотерапевтичним навіюванням необхідно встановити робочий альянс з клієнтом та зібрати інформацію, яка допоможе з'ясувати: основні дисфункціональні переконання; уявлення про те, яким клієнт бачить себе зараз і яким бажає стати у майбутньому; особливості індивідуальної сугестивності клієнта [288, с. 174]. Слід зазначити, що навіювання маскується під інформаційне повідомлення. Представимо основні ідеї і ключові поняття принципів методу конфронтаційної сугестії (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Ключові ідеї методу конфронтаційної сугестії (за І. Маніловим [288])

Принципи	Основна ідея	Ключові фрази
Безперервна мінливість	Світ перебуває в постійному русі. Все навкруги змінюється і зупинити цей процес неможливо. Нічого не можна досягти, один раз і назавжди. Висновок – зміни, це основа життя, а готовність до них – запорука успішності та адаптивності	«Все змінюється!»
Принцип взаємозв'язку	Ідея єдності світу – всі явища та об'єкти пов'язані між собою і взаємодію між собою та впливають одне на одне з різною силою. Розуміння цінності взаємозв'язків виступає основою гнучкості в оцінках усіх життєвих ситуацій	«У світі все пов'язано!»

Продовження табл. 4.7

Принцип відносності	Якщо всі явища та об'єкти між собою взаємопов'язані, то будь-яку точку відліку і будь-яку систему координат можна вважати умовною. Немає нічого абсолютного. Ніщо не є абсолютно правильним і неправильним, добрим і поганим. А тому жоден вибір, будь-яка рішення не може бути однозначно позитивним чи негативним. Оцінка вчинків залежить від обраного критерію	«Карта – не територія!»
Принцип необоротності	Світ розвивається в необоротному характері. Тому психотерапевтичне втручання не може повернути клієнта до минулого благополуччя, однак можна сформувати нову поведінку та створити новий позитивний стан і нове «благополуччя», які будуть тільки нагадувати попередні стани. Тобто не існує повернення, а завжди є можливість сформувати щось нове. Це закономірно витікає з ідеї безперервної мінливості світу	«Неможливо повернутися назад, однак можна постійно творити бажане майбутнє!»
Принцип самоорганізації	Самоорганізація безпосередньо пов'язана з потребою людини упорядковувати навколишнє, зробити світ, у якому вона живе передбачуваним і комфортним. Це здійснюється через когнітивні процеси структурування власних уявлень про себе і світ, зміною відношення до простору та часу	«Руйнування – основа майбутнього народження», «Усе довільно переходить від хаосу до порядку», «Ціле не є сумою частин», «Нічого неможна напевно передбачити», «Структура – це процес», «Природа постійно еволюціонує»
Принцип динамічної рівноваги	Реакція людської психіки спрямована на відновлення втраченої рівноваги. У цьому виявляється позитивний сенс більшості невротичних розладів. Невротичні симптоми потрібно трансформувати, а не усувати	«Ми прагнемо рівноваги», «Наша психіка й тіло протидіють будь-яким зовнішнім змінам»

У процесі дослідження з'ясовано, що нині одним із найбільш ефективних напрямів сучасної психотерапії, який використовують при реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, можна назвати *гештальт-терапію* – метод, створений американським психологом і психотерапевтом Перлсом (Perls F. S.) під впливом ідей гештальт-психології, екзистенціалізму, психоаналізу, теорії Райха (Reich W.). Гештальт-терапія, як доводять науковці [382], виникла в руслі феноменологічного підходу, що підкреслює необхідність усвідомлення пацієнтом сьогодення і важливість безпосереднього емоційного переживання.

Основні цілі і завдання гештальт-терапії спрямовані на відновлення нормального контакту людини з собою, оточуючими і життям, набуття життєвої енергії. Ця робота відбувається в основному через роботу з актуальними почуттями і тілесними проявами, хоча нерідко «працюють» зі спогадами і снами [198]. Вважаємо, що цей метод у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій допоможе в пошуку шляхів вирішення проблем, спираючись на знайдені актуальні ресурси і загальний досвід. Слід зазначити, що значна увага в гештальт-терапії приділяється роботі з емоціями, різними тілесними феноменами і процесами, які виникають у клієнта під час сеансу. Усвідомлення цих почуттів і процесів, так само як і виявлення їх причин, проживання в ситуації «тут і зараз» можуть пришвидшити процес вирішення проблеми. Існують різні види гештальт-терапії: індивідуальне гештальт-консультування; індивідуальна гештальт-терапія, гештальт-терапія з парами (може бути застосована під час проведення сімейної терапії з військовослужбовцями); групова гештальт-терапія.

Враховуючи той факт, що військовослужбовці-учасники бойових дій, як правило, страждають від невротичних депресій, різних фобій, панічних атак, різних психосоматичних симптомів, сексуальних розладів, залежностей, гострого стану втрати, ПТСР, вважаємо, що для їхньої реабілітації найбільше підходить другий варіант – індивідуальна гештальт-терапія, яка може проходити від 10 до 100 сеансів.

Наркопсихотерапія – поєднання словесного навіювання на тлі неповного наркозу, що виник під час застосування медичних препаратів. Її краще застосовувати в лікувальних установах. Для купірування (зупинки, припинення) психічних розладів військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, застосовують медикаментозні засоби, що нормалізують настрій, знімають підвищену збудливість і дратівливість, стимулюють нормальне функціонування організму. Відзначимо, що прийом транквілізаторів та інших спеціальних фармакологічних препаратів проводиться строго під контролем або за рекомендацією медичних працівників і дає змогу не тільки підвищити нервово-психічну стійкість військовослужбовців-учасників бойових дій при виконанні ними дій, пов'язаних із різким або тривалим психічним напруженням, але й знімати нервово-психічне збудження [297, с. 22].

У контексті здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, складовою є фізична реабілітація, серед методів якої особливою популярністю користується *методика самомасажу біологічно активних точок (БАТ) шкіри*, що допомагає коригувати психофізіологічний стан, зберігати високу працездатність при стомленні, підвищувати рівень психічної активності і здатності до функціональної діяльності. Окрім цього, самомасаж БАТ сприяє нормалізації кровообігу і поліпшенню діяльності аналізаторів, допомагає врівноважити основні нервові процеси (збудження і гальмування). Цей вид масажу найбільш ефективний при відчуттях сонливості та втоми, а також при м'язовому дискомфорті, при «втомі» зорового аналізатора. Як доводять фахівці [297], його корисно використовувати й для підтримання психіки в оптимальному стані. З практичної точки зору навчання військовослужбовців-учасників бойових бій прийомам самомасажу БАТ доцільно проводити як в індивідуальному, так і у груповому варіанті. Це потрібно робити під керівництвом медичного працівника на протязі 20–25 хв..

У контексті фізичної реабілітації військовослужбовців практичною цінністю володіли:

– *вправи на антиципацію* (передбачення), сутність якої полягає в образному представленні виникнення і розвитку небажаної ситуації, програванні своїх дій у цих умовах, так званий ефект «вже баченого, знайомого», за допомогою якого відпрацьовується стереотип поведінки в екстремальних ситуаціях;

– *ідеомоторні вправи* – уявний програш майбутніх дій з супроводом або без нього відповідними руховими актами з уявними чи реальними органами управління озброєння і техніки;

– *релаксидеомоторне тренування* – самостійний уявний програш основних елементів майбутньої діяльності на тлі загальної релаксації (розслаблення) організму з наступною його активацією.

Вважаємо, що ефективним методом комплексної реабілітації може бути *працетерапія* – залучення військовослужбовців із травмованою психікою до виконання нескладних робіт і завдань, крім розвитку фізичної активності; призводить до формування стійкого позитивного настрою, установки до трудової діяльності, сприяє прискоренню адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до нового життя.

У процесі дослідження було встановлено, що наслідки перевтоми, нервово-емоційного напруження, стресів, ПТСР ліквідуються швидше у випадку, якщо людина після стресових ситуацій відпочиває не пасивно, а активує м'язи, які не брали участі в основній діяльності. Такий ефект пояснюється тим, що під час активного відпочинку в корі головного мозку усувається гальмування, поступово розширюються кровоносні судини працюючих м'язів. Саме таким чином відбувається відновлення психічних та фізичних сил в умовах активного відпочинку, що обумовлене дією нервових і судинних механізмів.

Окремим цікавим методом у реабілітації комбатантів вважаємо *каністерапію* або *лікувальну кінологію* (лат. «canis» – собака і *Θεραπεία* [therapeia] – лікування, оздоровлення) – такий вид лікування та реабілітаційної діяльності з клієнтом, який передбачає використання

звичайних або спеціально відібраних й навчених собак під наглядом кваліфікованих фахівців (також відома як лікувальна кінологія).

У країнах Європи протягом декількох століть використовувався заспокійливий і розвиваючий ефект від взаємодії пацієнтів з собаками в психіатричних клініках та притулках. Згодом собак почали використовувати в США для надання хворим психотерапевтичної допомоги в деяких лікувальних установах. Так, на основі даних, представлених Animal Planet, першим в історії каністерапії вважається легендарний йоркширський тер'єр по кличці Smokey(Смокі). Цей собака був доволі легендарним, адже за свої заслуги (8 бойових нагород та звання капрала) він був зарахований до складу 26-го розвідувального авіаполку 5-ї Армії ВПС США, пройшов усю Другу світову війну. Смокі працював у госпіталях як собака-терапевт під час і після Другої світової війни упродовж 12 років. Зокрема, американські лікарі Червоного хреста помітили, що в тих госпіталях, де собакам не забороняли гуляти по території, поранені воїни проводили з ними багато часу. Дещо пізніше було з'ясовано [212], що процес одужання військовослужбовців в таких лікувальних установах з допомогою собак проходив більш успішно. Як наслідок, госпіталь ВПС в Нью-Йорку почав системно використовувати таку методику для підвищення ефективності реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які отримали поранення внаслідок участі у бойових діях.

Як доводять фахівці [213], каністерапію можна ефективно використовувати у таких напрямках:

1) лікувально-контактна (собака – грілка) або каністерапія при хронічних болях. Суть даного напрям полягає в тому, що собака лягає і гріє хворе місце, болі від цього послаблюються;

2) діагностичний напрям, при якому собака передбачає і повідомляє про напади астми, епілепсії, критичне зниження рівня цукру в крові у діабетика та інші небезпечні хвороби;

3) обслуговуючий напрям, при якому собаки є помічниками людей з особливими потребами (поводирі, слухові собаки);

4) реабілітаційний напрям, у процесі якого собака значно прискорює процес одужання хворих шляхом проведення прогулянок та ігор з нею.

Останній напрям є, на нашу думку, найбільш ефективним у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій при лікуванні неврозів, депресії, страхів, ПТСР, оскільки у процесі взаємодії з твариною, знижується агресія і збудження, відновлюється душевний спокій та рівновага, що сприяє швидшому одужанню.

Ще одним цікавим психотерапевтичним методом, який вважають інноваційним, унікальним і доволі ефективним, оскільки його використовують для лікування наслідків психічної травми, є *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (ДПДГ)* – «десенсибілізація і репроцесуалізація (обробка) рухом очей», автором якого є психолог, доктор філософії Ф. Шапіро (Francine Shapiro).

Терапія EMDR використовує біполярні (двухполюсні по горизонтальній осі) стимулюючі рухи очних яблук, або ж біполярну стимуляцію кінестетичного (поплескування або дотик), або аудіального (звукового) аналізатора. Симетрична, двостороння стимуляція з певною частотою (для стимуляції використовується 1 герц / секунду) активізує протилежні сторони мозку, які «виводять на рівень усвідомлення і спогадів психотравмувальні емоційні події), які періодично нагадують про себе у вигляді різних психічних розладів. У результаті такої стимуляції, шляхом близьким до природного, на нейрофізіологічному рівні, психіка травмованої особи звільняється від блокувань «застрявання», викликаних психотравмою.

Зарубіжні дослідники [503] переконані, що EMDR дає змогу обробляти емоційний досвід, про який людина ще не може говорити, однак одразу після сесії EMDR вона говорить про це вільно. За допомогою EMDR-терапії швидко зменшується напруга, що супроводжує «травму». Це допомагає клієнтам після проходження курсу лікування повністю відтворити хронологію травмувальних подій і не відчувати стресового навантаження (бути спокійними), що говорить про «перероблену» психотравму.

Використання в комбінації з іншими методами терапії EMDR допомагає перемістити клієнта швидко від емоційного лиха до тверезого і спокійного вирішення проблем. Результативність при обробці навіть самих важких спогадів може бути досягнута швидше, ніж при проведенні традиційної терапії. Це пов'язано з тим, що традиційні методи лікування часто зосереджуються на спогадах, аналізі їх значення, отриманні відомостей про проблему. Клієнти EMDR отримують можливість проникати в суть під час терапії. Позитивні, довгострокові результати терапії EMDR зачіпають всі рівні добробуту військовослужбовця-учасника бойових дій – розумовий, емоційний, фізичний і таким чином він повністю відновлюється. Пам'ять на події залишається, але негативна відповідь у вигляді порушення якості психічного здоров'я нейтралізується.

У EMDR для перемикання півкуль використовують три способи:

Перший – рухаючи очима вправо–вліво;

Другий – лясаючи себе долонями по плечах (руки на плечах хрест–навхрест);

Третій – лясаючи себе долонями по стегнах (руки лежать на стегнах).

Дослідження людей, які зазнали насильства, військовий бій, втрату близьких, серйозних нещасних випадків, встановило, що у 84–90 % наступало полегшення їх емоційного стану тільки після трьох сесій EMDR [515].

Існують інші інноваційні методи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, вибір яких має бути обґрунтований причинами травми (стрес, ПТСР), динамікою її розвитку, реальним станом комбатанта. Ми переконані у тому, що для проведення ефективної комплексної реабілітації цієї категорії населення окрім практичного застосування інноваційних методів у роботі, необхідно дотримуватися певних правил, а саме:

– підтримка режиму із забезпеченням потреби у нічному сні не менше 8 годин;

– усунення шкідливих професійних подразників, через зміну роду діяльності (при потребі);

- обмеження непосильних емоційних і фізичних навантажень;
- організація активного відпочинку, що повинен поєднуватися з виконанням посильної фізичної роботи;
- повноцінне і раціональне та різноманітне харчування.

Вважаємо, що для забезпечення виконання необхідних реабілітаційних заходів з військовослужбовцями-учасниками бойових дій необхідно залучати всіх членів мультидисциплінарної команди – психологів, реабілітологів, медичних працівників, соціальних працівників, соціальних педагогів, волонтерів, психотерапевтів та інших.

Отже, практичні заходи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій передбачають поєднання різноманітних інноваційних методів, ефективність яких буде визначатися своєчасністю, послідовністю наступністю реабілітаційних заходів і максимально індивідуалізованим підходом до кожного військовослужбовця із урахуванням його психоемоційного й фізичного стану, особистісних цілей та уподобань.

Висновки до четвертого розділу

1. Проведене моніторингове дослідження військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні у бойових діях на сході України, дало змогу констатувати, що практично всі вони стикаються з проблемами як під час проходження військової служби, так і після повернення із зони проведення бойових дій. Більшість із цих проблем пов'язані із неготовністю військовослужбовців самостійно адаптуватися до нових умов мирного життя, проблемами побутового, медичного та сімейного характеру. Встановлено, що військовослужбовці не зацікавлені у проходженні реабілітації, оскільки не вважають її ефективною і дієвою.

2. Представлено методику проектування реабілітаційного простору, що передбачає створення комфортного терапевтичного середовища та комплексне надання реабілітаційно-корекційно-терапевтичних і медичних процедур для

військовослужбовців-учасників бойових дій. Згідно з розробленою методикою, надання реабілітаційних послуг може відбуватися на чотирьох організаційних рівнях, які визначаються за результатами соціально-психологічної діагностики з урахуванням соціальної ситуації клієнтів, стану їхнього фізичного та психічного здоров'я.

3. Розроблено технологію комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, що передбачає чотири етапи: діагностувальний (проведення первинного психодіагностувального обстеження військовослужбовців); розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) з визначенням реабілітаційних методів і технологій; робочий (проведення реабілітаційних заходів, передбачених ІПР); завершальний (організація післяреабілітаційного супроводу військовослужбовців, які брали участь у бойових діях).

4. Встановлено, що ефективність і вибір форм, методів та засобів при організації та проведенні комплексної реабілітації залежить від соціально-психологічних характеристик військовослужбовців-учасників бойових дій; результатів первинного діагностувального обстеження; визначення механізмів поведінки в момент бойових дій; виявлення характерних особливостей протікання ПТСР.

Ефективними методами у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових бій визначено психологічну допомогу консультаційного характеру (індивідуальне консультування); різні форми психотерапії (групову, індивідуальну); тренінгові заняття. При проведенні групової психотерапії з комбатантами дієвими виявилися техніки емоційно-вольової саморегуляції, медитативні та арт-терапевтичні техніки. Серед арсеналу різноманітних психотерапевтичних методів при проведенні комплексної реабілітації з військовослужбовцями варто використовувати раціональну, сугестивну, особисто орієнтовану види психотерапії, наркопсихотерапію, трудотерапію, естетотерапію, які у кожному випадку вирішують певні корекційно-психотерапевтичні завдання.

5. Розроблено та апробовано тренінгову програму «Антистрес» для військовослужбовців, яка спрямована на формування у них практичних умінь і навичок саморегуляції, вона допомагала у знятті негативних наслідків стресу, ПТСР. Програма розрахована на 8 занять, на яких поєднували декілька видів психофізіологічного розвантаження: музикотерапію, релаксацію; тілесно-орієнтовану терапію; аутогенне тренування, арт-терапію, казкотерапію тощо.

Основні наукові результати, викладені в розділі, опубліковані в [51; 64; 75; 83; 84; 85; 87; 102; 104; 106;].

РОЗДІЛ 5

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ДІЄВОСТІ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

5.1 Організація експериментального дослідження

Для перевірки ефективності розробленої нами системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій нами було організовано експериментальне дослідження. Дослідно-експериментальну роботу ми побудували за логікою запропонованих нами *етапів*, а саме:

- на першому етапі (2012–2014 р.р.) проведено теоретичний аналіз проблеми організації реабілітаційної діяльності в системі соціальних служб, розроблено вихідні положення, проаналізовано теоретичні дані, з'ясовано суперечності та проблеми практичного характеру, які стосувалися питань організації та проведення реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, розроблено загальний план проведення дослідно-експериментальної роботи;

- на другому етапі (2014–2016 н. р.) організовано та проведено констатувальний етап експерименту, що передбачав моніторингове дослідження основних проблем особового складу Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, розроблено систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, виокремлено організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій;

- упродовж третього етапу дослідження (2016–2018 н. р.) було проведено формувальний етап експериментального дослідження, здійснено аналіз та узагальнення отриманих результатів, розроблено методичні

рекомендації фахівцям соціальних структур щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями- учасниками бойових дій.

Зупинимось на розкритті результатів третього етапу експерименту. Насамперед наголосимо, що Під час експерименту ми з'ясували основні досягнення та прорахунки щодо організації соціального захисту та реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій родин на місцевому рівні (м. Хмельницький) таких соціальних структур та служб, як центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг), центр зайнятості, управління праці та соціального захисту населення, управління культури і туризму, управління освіти, управління молоді та спорту, управління організаційно-інформаційної роботи та контролю, відділ обліку та розподілу житлової площі, управління капітального будівництва. Результати такого дослідження представлено у додатку А.

Спираючись на наукові доробки науковців [390; 415], метою експерименту ми визначили суттєве підвищення стану реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій. Водночас ми зробили основний акцент на таких завданнях, як:

1) підібрати діагностичний інструментарій для того, щоб провести комплексну діагностику, яка дасть можливість чітко визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за усіма виокремленими компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим);

2) визначити стан реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій у КГ і ЕГ (І зріз (вступний) формувального етапу експерименту);

3) впровадити у процес реабілітації військовослужбовців з ЕГ організаційно-педагогічні умови та розроблену авторську систему організації та здійснення комплексної реабілітації;

4) перевірити ефективність виявлених організаційно-педагогічних умов та системи організації та здійснення комплексної реабілітації

військовослужбовців-учасників бойових дій (II зріз (підсумковий) формувального етапу експерименту);

5) за допомогою методів математичної статистики дослідити кількісні та якісні результати щодо динаміки реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, визначити їх валідність, об'єктивність та математичну достовірність й значущість.

Отже, з метою діагностики стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій серед арсеналу діагностичних методик нами були підбрані як відомі психодіагностичні методики, так і розроблено авторські, а також використано методи внутрішньої діагностики (самооцінка). Використаний діагностичний інструментарій представлено у додатках. Відзначимо, що усі вони дали змогу визначити рівень реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Діагностичний інструментарій для визначення стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій

Компоненти	Показники	Методики діагностики
Мотиваційний	1) позитивне ставлення до реабілітації; 2) наявність мотивації до проходження реабілітації	1) методика «Незакінчені речення» (авторська розробка); 2) ранжування мотивів
Стресостійкий	1) наявність стресу; 2) наявність наслідків стресу (ПТСР, депресії)	1) модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера; 2) анкета «Стрес-фактори»; 3) опитувальник для первинного скринінгу ПТСР; 4) опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії; 5) тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко

Продовження табл. 5.1

Поведінковий	1) поведінка в конфліктних ситуаціях; 2) прояв агресії у поведінці; 3) прояв тривожності у поведінці	1) тест «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим); 2) тест А. Ассінгера (оцінка агресивності у відносинах); 3) шкала тривожності (шкала Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

На підставі визначених компонентів ми окреслили рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Враховуючи той факт, що оцінка рівня реабілітованості військовослужбовців є досить складним завданням, для мінімізації помилок під час визначення цього рівня за тим чи іншим компонентом ми використали чотирирівневу систему оцінок, що дає змогу досить точно з'ясувати рівень реабілітованості: високий, достатній, середній і низький. Характеристика виділених рівнів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій за основними її компонентами відображена у табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Якісна характеристика рівнів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій

Рівні реабілі	Компоненти реабілітованості		
	Мотиваційний	Стресостійкісний	Поведінковий
Низький	Негативне ставлення до реабілітації; відсутність мотивації до проходження реабілітації	Високий рівень стресу, наслідками якого може бути тяжка депресія, імовірний ПТСР; низький рівень стресостійкості	Дуже висока в конфліктність, надмірна агресивність та високий рівень тривожності у поведінці
Середній	Пасивне (індиферентне) ставлення до реабілітації; ситуативна мотивація, що виникає періодично і проявляється бажанням лише інколи брати участь реабілітаційних заходах	Помірний рівень стресу, наслідками якого може бути депресія середньої тяжкості, можливий ПТСР; середній рівень стресостійкості	Доволі висока конфліктність, «самовпевнена» агресивність та вище середнього рівень тривожності у поведінці

Продовження табл. 5.2

Достатній	Позитивне ставлення до реабілітації; достатньо розвинена мотивація до проходження реабілітації	Середній рівень стресу, наслідками якого може бути депресія помірної тяжкості, проявами ПТСР; помірний рівень стресостійкості	Виражена конфліктність, помірна агресивність та середній рівень тривожності у поведінці
Високий	Позитивно-активне ставлення до реабілітації; високорозвинена мотивація до проходження реабілітації, що проявляється у бажанні отримати допомогу висококваліфікованих фахівців	Низький рівень стресу, наслідками якого може бути легка депресія або зовсім відсутня, відсутній ПТСР; високий рівень стресостійкості	Схильність до уникнення конфліктів, незначна агресивність та низький рівень тривожності у поведінці

Визначені компоненти й конкретизовані показники реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій потребують адекватної системи комплексної діагностики, яка дозволить з достатнім ступенем надійності й валідності визначити рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Розроблений нами діагностичний інструментарій був використаний як під час проведення I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту, так і під час II (підсумкового) зрізу. Ми виходили з тих міркувань, що саме за допомогою чіткої процедури діагностики може відбуватися визначення кількісних та якісних характеристик рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Інструментарій вимірювання охоплює:

- 1) визначені у змістовому плані компоненти, їх показники та рівневу градацію щодо реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій;
- 2) діагностичний інструментарій для вимірювання (анкети, опитувальники, психодіагностувальні методики тощо).

При підборі та застосуванні діагностичного інструментарію ми дотримувалися об'єктивності та надійності.

Зупинимось на висвітленні другого завдання, яке передбачало визначення стану реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, тобто організації та проведенні I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту.

На початку експериментального дослідження було ухвалено рішення про доцільність виокремлення двох груп: контрольної (КГ) та експериментальної групи (ЕГ). Контингент військовослужбовців-учасників бойових дій в ЕГ склали 59 осіб, а контингент в КГ склали 61 особу, які перебували у Хмельницькому обласному центрі соціально-психологічної допомоги та Хмельницькому обласному госпіталі ветеранів війни.

Зупинимось більш докладніше на висвітленні результатів I (вступного) зрізу. Так, *мотиваційний компонент* реабілітованості був представлений двома показниками: 1) позитивне ставлення до реабілітації; 2) наявність мотивації до проходження реабілітації. Зокрема, позитивне ставлення до реабілітації ми перевіряли за допомогою методики «Незакінчені речення» (авторська розробка) (додаток М). Подамо деякі результати.

Військовослужбовці-учасники бойових дій з *низьким рівнем* реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «гарно жити», «заробляти великі гроші», «мати будинок або квартиру, машину».
2. Думаю, що реабілітація ... – це «коли зовсім погано», «коли лікують», «мені не потрібна така допомога».
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «нічого не станеться», «для мене нічого не зміниться».
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної випивки», «гарної компанії», «подивитися фільм».
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «гарно виспатися», «нормально поїсти».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «церкву», «кінотеатр», «своїх друзів».

7. Я хотів би, щоб мене... «цінували», «шанували».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці ... «нічого не зможуть», «мені не потрібна допомога, а тому не потрібні фахівці».

Військовослужбовці з *середнім рівнем* реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «щоб її любили», «щоб її чекали вдома».

2. Думаю, що реабілітація ... «потрібна для поранених», «для молодих військових».

3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «все само по собі пройде», «багато хлопців без цього живуть».

4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «компанії друзів», «отримати лист від рідних».

5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «правильного розпорядку дня», «гарного сну».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «театр», «поїхав би додому».

7. Я хотів би, щоб мене... «розуміли», «слухали мої рідні».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти пораненим побратимам», «допомогти мирним жителям із зони АТО».

У комбатантів з *достатнім рівнем* реабілітованості переважали такі відповіді:

1. Будь-якій людині подобається ... «створити сім'ю, народити дітей», «мирно жити».

2. Думаю, що реабілітація ... – «це допомога тим, кому потрібно», «відновлення після поранення».

3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно, мені буде гірше», «хтось інший зможе її пройти, кому вона більш потрібна», «пізніше мені стане гірше».

4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «гарної спокійної музики», «цікавого фільму», «приємного спілкування або бесіди з гарною людиною».

5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «занять спортом», «фізичних вправ», «бігати зранку або ввечері».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «спортзал», «хоча б на пару днів своїх рідних».

7. Я хотів би, щоб мене... «завжди чекали дома».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «допомогти так, щоб хлопці себе гарно почували», «допомогти, щоб можна було повернутися до мирного життя».

Військовослужбовці з *високим рівнем* реабілітованості продовжували речення таким чином:

1. Будь-якій людині подобається ... «коли вона та її рідні здорові та щасливі», «мирно жити».

2. Думаю, що реабілітація ... – «це коли відновлюють після поранень».

3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ... «напевно це погано позначиться у майбутньому», «мені не перестануть снитися жахіття», «я буду продовжувати нервуватися».

4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ... «читання гарних книжок», «прослуховування класичної музики», «коли ти робиш що-небудь своїми руками або малюєш».

5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою... «спеціальної розслаблюючої гімнастики», «гарного масажу», «спеціальних вправ».

6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ... «психолога», «лікаря».

7. Я хотів би, щоб мене... «любили».

8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ... «мене розрадити, коли мені зовсім погано», «допомогти мені, якщо я буду погано себе почувати».

Проаналізувавши отримані відповіді, ми дійшли висновку, що військовослужбовці-учасники бойових дій як у КГ, так і у ЕГ необізнані щодо питань реабілітації, більшість з них мають лише загальні уявлення про її суті та можливості. У процесі бесід ми з'ясували, що на полігоні ніхто не займається проведенням реабілітації, причому це стосується як медичної/фізичної, так і психологічної, про зміст соціальної та педагогічної реабілітації військовослужбовці говорили дуже опосередковано.

Другим показником мотиваційного компоненту була наявність мотивації до проходження реабілітації, який ми досліджували за допомогою ранжування мотивів (додаток Н). Респондентам пропонувалось 10 суджень, які вони мали б проранжувати їх у порядку особистої значущості (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Оцінка значущості мотивів військовослужбовців учасників бойових дій

Мотиви	ЕГ		КГ	
	Сума балів	Рейтинг	Сума балів	Рейтинг
1. Прагнення почувати себе якомога краще	179	1	185	1
2. Прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми	288	5	236	3
3. Прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців	560	10	570	10
4. Прагнення якомога скоріше повернутися до нормального життя	248	4	287	6
5. Прагнення мати гарні стосунки у сім'ї	342	7	418	7
6. Прагнення швидше знайти гарну роботу після повернення додому	353	8	459	9
7. Прагнення покращити свій психоемоційний стан	297	6	284	5
8. Прагнення знову відчути позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя	186	2	263	4
9. Прагнення бути прикладом для інших	504	9	422	8
10. Прагнення покращити фізичний стан	225	3	231	2

Військовослужбовці з низьким рівнем реабілітованості на перші місця ставили «прагнення бути прикладом для інших» та «прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців». Респонденти з середнім рівнем реабілітованості надавали перевагу таким мотивам, як-от: «прагнення мати гарні стосунки у сім'ї», «прагнення швидше знайти гарну роботу після повернення додому». Військовослужбовці із достатнім рівнем реабілітованості обирали такі судження, як: «прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми», «прагнення покращити свій фізичний стан», «бути якомога краще підготовленим до майбутньої професійної діяльності». І лише незначний відсоток військовослужбовців-учасників бойових дій з високим рівнем реабілітованості віддавали перевагу таким фразам, як: «прагнення почувати себе якомога краще», «прагнення покращити свій психоемоційний стан», «прагнення знову відчути позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя».

Узагальнені результати показників мотиваційного компоненту реабілітованості комбатантів представлені в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

**Результати мотиваційного компоненту реабілітованості комбатантів
учасників бойових дій**

Групи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Незакінчені речення	3	4,9	8	13,1	13	21,3	37	60,7
	Ранжування мотивів	1	1,6	8	13,1	14	23	38	62,3
	Узагальнені результати	2	3,2	8	13,1	14	23	37	60,7
ЕГ	Незакінчені речення	5	8,5	9	15,3	11	18,6	34	57,6
	Ранжування мотивів	2	3,4	7	11,9	14	23,7	36	61
	Узагальнені результати	3	5,1	8	13,5	13	22,1	35	59,3

У ході діагностики мотиваційного компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що респонденти мають низький (ЕГ – 59,3 %, КГ – 60,7 %), середній (ЕГ – 22,1 %, КГ – 23 %), достатній (ЕГ – 13,5 %, КГ – 13,1 %) рівні реабілітованості. Лише у двох військовослужбовців з КГ і трьох з ЕГ було встановлено високий рівень реабілітованості. Такі результати свідчать про переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій низької мотивації до проходження реабілітації, а тому потребують суттєвого вдосконалення.

Стресостійкісний компонент був представлений двома показниками: 1) наявність стресу; 2) наявність наслідків стресу (ПТСР, депресії). Охарактеризуємо їх детальніше. Наявність стресу ми перевіряли за допомогою модифікованої методики на визначення рівня стресу Л. Рідера. Результати модифікованої методики на визначення рівня стресу Л. Рідера, адаптованої до нашого дослідження (додаток К) представлені в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Рівень стресу у військовослужбовців за методикою Л. Рідера (за результатами I зрізу формувального етапу експерименту)

Рівень стресу	КГ		ЕГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий	36	59	36	61,1
Помірний	10	16,4	11	18,6
Середній	15	24,6	12	20,3
Низький	–	–	–	–
Загалом	61	100	59	100

Результати, представлені в табл. 5.5 засвідчують той факт, що перед проведенням реабілітаційних заходів у військовослужбовців з ЕГ та з КГ переважав високий рівень стресу (59 % і 61,1 %). Ці дані переконливо свідчать про нестійкість психоемоційного стану та нервові напруження, роздратованість, психофізіологічну виснаженість. Помірний рівень стресу був виявлений лише у 18,6 % респондентів з ЕГ і 16,4 % з КГ. Ці результати

вказують на надмірну стурбованість, занепокоєність та хвилювання військовослужбовців-учасників бойових дій. Середній рівень стресу засвідчує помірну наявність симптомів стресового стану – це виявлено у 20,3 % військовослужбовців з ЕГ і 24,6 % з КГ. Нажаль, низький рівень стресу засвідчує стабільність психоемоційного стану, високий енергетичний потенціал та відсутність надмірної особистісної тривожності та нервового напруження не був виявлений у жодного військовослужбовця, що брав участь у бойових діях ні з ЕГ та з КГ.

Оскільки появу стресу спричиняють різноманітні стрес-фактори, які можуть негативно впливати на психоемоційний стан, ми провели анкетування «Стрес-фактори» (додаток Д). Військовослужбовці повинні були розподілити запропоновані стрес-фактори за ступенем важливості для себе, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що найбільш значущому фактору присвоюється ранг 30, найменш значимому – ранг 1. Результати анкети «Стрес-фактори» представлені в табл. 5.6.

Таблиця 5.6

Оцінка значущості стрес-факторів, що впливають на (за результатами I зрізу формувального етапу експерименту)

№	Назва фактору	ЕГ		КГ	
		Сума балів	Ранг	Сума балів	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	1642	30	1760	30
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	1475	27	1629	29
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	1357	24	1528	26
4	Побоювання, страх власної загибелі	1466	26	1597	28
5	Поранення, контузії, каліцтва	1428	2	1576	27
6	Погані гігієнічні умови	979	19	858	18
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки	1110	22	1205	23
8	Помилки командування	1151	23	1139	22
9	Стресори сімейного життя	742	13	540	5

Продовження табл. 5.6

10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)	713	12	531	4
11	Сексуальна дисгармонія	944	17	962	19
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах	425	3	563	6
13	Незадоволеність у матеріальних потребах	426	4	478	2
14	Страх полону	1640	29	1524	25
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	1621	28	1503	24
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень	537	7	702	11
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)	408	2	221	1
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому	639	10	492	3
19	Монотонність умов, які оточують	680	11	573	7
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)	551	8	605	8
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	1064	21	846	17
22	Контакт зі значною кількістю поранених	809	15	1067	21
23	Вигляд трупів, крові	948	18	1019	20
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту	199	1	758	12
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина	496	5	760	13
26	Запахи газів, трупів та ін.	535	6	781	15
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії	574	9	637	10
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби	993	20	636	9
29	Неможливість змінити умови свого існування	783	14	764	14
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти	822	16	805	16

Усі стрес-фактори ми розподілили за групами (пов'язаними з отриманням фізичної шкоди, поранень, полону; непрофесійними діями керівництва; сімейними стосунками; важкими умовами перебування у зоні проведення військових дій). Згідно результатів опитування, військовослужбовці з ЕГ на перші місця поставили стрес-фактори, що

пов'язані зі страхами отримання травми. Найменший ранг був присвоєний важким умовам перебування. Подібними є результати опитування військовослужбовців з КГ. З представленого переліку стрес-факторів найбільш вагомими є страх полону і фізичне знищення бойовиків. Аналіз ранжування стрес-факторів показав, що військовослужбовці практично не звертають уваги на погані умови та втому. Більше значення для них мають події, у результаті яких постраждали їхня честь та гідність.

Ще одним показником стресостійкісного компоненту була наявність наслідків стресу, які ми перевіряли за допомогою опитувальника для первинного скринінгу ПТСР (додаток В), опитувальника про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії та тесту на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко. Конкретизуємо запропоновані діагностичні матеріали. Опитувальник для первинного скринінгу ПТСР дав нам змогу визначити наявність ПТСР. Для цього військовослужбовці мали відповідати на сім запитань, з яких чотири і більше позитивних відповідей – вказували на ймовірність ПТСР. Згідно результатів опитувальника нами було встановлено, що у більшості респондентів, які були задіяні в зоні бойових дій, ймовірний ПТСР. Так, результати в ЕГ – 81,4 %, а у КГ – 85,2 %. Оскільки проведений опитувальник лише вказує на ймовірність ПТСР, було прийнято рішення про проведення більш детальної діагностики на наявність ознак, що безпосередньо пов'язані з депресією. Для цього ми використали опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії (адаптований нами) (додаток Г), результати представлено в табл. 5.7.

Таблиця 5.7

Наявність депресії у військовослужбовців-учасників бойових дій (за результатами самооцінки)

Прояв депресії	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Депресія відсутня або легка («субклінічна»)	12	20,3	11	18,1
Депресія помірної тяжкості	19	32,2	20	32,8
Депресія середньої тяжкості	20	33,9	16	26,2
Тяжка депресія	8	13,6	14	22,9
Загальні результати	59	100	61	100

Згідно результатів самооцінювання було встановлено, що прояви легкої депресії ми спостерігали у 20,3 % респондентів ЕГ і 18,1 % респондентів КГ. Військовослужбовці пов'язували це із бажанням повернутися до своїх рідних і близьких. Деякі з них взагалі не вважали свій стан депресивним, пояснюючи це тим, що бойові дії накладають свій негативний емоційний відбиток. Помірна депресія була визначена у третини військовослужбовців ЕГ та КГ (32,2 % і 32,8 %). Встановлено, що депресія середньої тяжкості була характерна для 33,9 % респондентів ЕГ і 26,2 % респондентів КГ. На жаль, серед комбатантів як ЕГ, так і КГ були особи з проявами тяжкої депресії – 13,6 % і 22,9 %. Ми пов'язували отримані результати з довготривалим перебуванням військовослужбовців у зоні проведення бойових дій та пораненнями.

Людина має чинити опір у різних стресових ситуаціях –діяти спокійно й виважено, адекватно реагуючи на події, що є показником стресостійкості. Особливо це стосується військовослужбовців, які постійно перебувають у стані стресу під час ведення бойових дій. Оскільки стресостійкість напряду пов'язана зі стресом, ми запропонували військовослужбовцям тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко (адаптованого до дослідження) (додаток Л). Результати представлені в табл. 5.8.

Таблиця 5.8

**Самооцінювання стресостійкості військовослужбовців-учасників
бойових дій (за В. Семиченко)**

Рівні стресостійкості	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий рівень стресостійкості	10	16,9	12	19,7
Помірний рівень стресостійкості	17	28,8	18	29,4
Середній рівень стресостійкості	20	33,9	19	31,2
Низький рівень стресостійкості	12	20,4	12	19,7
Загалом	59	100	61	100

Згідно результатів самооцінювання високий рівень стресостійкості був виявлений у 16,9 % військовослужбовців ЕГ і 19,7 % комбатантів КГ. Це свідчить про те, що вони можуть адекватно діяти в стресових ситуаціях, протистояти негативному впливу різноманітних стрес-факторів. Помірний рівень ми спостерігали практично у третини респондентів як ЕГ, так і КГ (28,8 % і 29,4 %). Такі люди можуть впоратися в умовах стресової ситуації зі значними фізичними та психоемоційними навантаженнями. Середній рівень був відмічений у 33,9 % респондентів ЕГ і 31,2 % респондентів КГ. За результатами самооцінювання було визначено, що 20,4 % військовослужбовців з ЕГ і 19,7 % з КГ мають низький рівень стресостійкості. Отримані результати говорять про те, що їм важко самотійно впоратися з труднощами, які спричиняють появу стресів, їхня поведінка відрізняється емоційною нестабільністю та конфліктністю, а це негативно впливає на поведінку інших військовослужбовців. (Узагальнені результати представлені в табл. 5.9).

Таблиця 5.9

**Результати стресостійкісного компоненту реабілітованості
військовослужбовців-учасників бойових дій**

Групи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Методика Л. Рідера	-	-	15	24,6	10	16,4	36	59,0
	Самооцінювання депресії	11	18,1	20	32,8	16	26,2	14	22,9
	Самооцінювання стресостійкості	12	19,7	18	29,4	19	31,2	12	19,7
	Загальні результати	7	11,5	18	29,5	15	24,6	21	34,4
ЕГ	Методика Л. Рідера	-	-	12	20,3	11	18,6	36	61,1
	Самооцінювання депресії	12	20,3	19	32,2	20	33,9	8	13,6
	Самооцінювання стресостійкості	10	16,9	17	28,8	20	33,9	12	20,4
	Загальні результати	7	11,9	16	27,1	17	28,8	19	32,2

У ході діагностики стресостійкісного компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що вони мають низький (ЕГ – 32,2 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 24,6 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 29,5 %) рівні реабілітованості. У сімох військовослужбовців з КГ і з ЕГ був виявлений високий рівень реабілітованості (11,9 % і 11,5 %). Такі результати свідчать про переважання у військовослужбовців високого рівня стресу, наявність депресії та середнього рівня стресостійкості.

Поведінковий компонент був представлений трьома показниками. За допомогою тесту «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим) (додаток Е), ми перевіряли рівень конфліктності – показник «поведінка в конфліктних ситуаціях». Запропонована методика дала змогу кожному військовослужбовцю вибудувати власний спосіб поведінки у конфліктних ситуаціях, на якому відхилення від середини означає схильність до конфліктності, а відхилення вправо вказує на схильність до уникнення конфліктів. Результати тесту, що представлені в табл. 5.10, засвідчили переважання дуже високої конфліктності у респондентів ЕГ – 37,3 %, та високої конфліктності у військовослужбовців КГ – 37,7 %. Схожі показники і за критерієм «виражена конфліктність» – 22,1 % в ЕГ та 26,2 % в КГ. Лише у 10,1 % військовослужбовців ЕГ та 4,9 % військовослужбовців КГ була відмічена схильність до уникнення конфліктів.

Таблиця 5.10

Ступінь вираження конфліктності військовослужбовців-учасників бойових дій (за тестом «Самооцінка конфліктності» В. Ратнікова)

Ступінь конфліктності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Дуже висока конфліктність	22	37,3	19	31,2
Висока конфліктність	18	30,5	23	37,7
Виражена конфліктність	13	22,1	16	26,2
Схильність до уникнення конфліктів	6	10,1	3	4,9
Загальні результати	59	100	61	100

У більшості випадків військовослужбовці, які брали участь у бойових діях схильні проявляти конфліктність, пояснюючи це важкими умовами, несправедливістю, безвихіддю з ситуації, що склалась, оскільки більшість з них перебували у зоні бойових дій більше двох років. Деякі з них не називають конфліктну ситуацію такою, пояснюючи що сварка – це не конфлікт, а звичайне спілкування під час служби.

Показник поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій «прояв агресії у поведінці» ми перевіряли за допомогою тесту А. Ассингера на оцінку агресивності у відносинах, адаптованого до дослідження (додаток О), пояснюючи це тим, що саме у конфлікті люди схильні до прояву деструктивних емоційних станів, до яких ми відносимо агресію і тривожність. Результати оцінювання агресивності у відносинах представлені в табл. 5.11.

Таблиця 5.11

Оцінювання агресивності у відносинах військовослужбовців-учасників бойових дій (за тестом А. Ассингера)

Ступінь агресивності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Надмірна агресивність	19	32,2	22	36,1
«Самовпевнена» агресивність	16	27,1	17	27,9
Помірна агресивність	17	28,8	17	27,9
Незначна агресивність	7	11,9	5	8,1
Загальні результати	59	100	61	100

Надмірну агресивність проявляють військовослужбовці як ЕГ (32,2 %), так і КГ (36,1 %). Дії таких людей доволі часто бувають неврівноваженим і жорстоким по відношенню до інших, причому переважає фізична агресія. «Самовпевнена» агресія, яка проявляється у байдужому ставленні до осудів і критики з боку інших людей, була визначена у 27,1 % респондентів ЕГ і 27,9 % респондентів КГ. Помірну агресивність у відносинах з оточуючими проявляють близько третини військовослужбовців – 28,8 % ЕГ і 27,9 % КГ. Незначний рівень агресивності, що може проявлятися у роздратуванні або не

проявлятися візуально, ми визначили у 11,9 % комбатантів ЕГ і 8,1 % комбатантів КГ.

Показник «прояв тривожності у поведінці» ми перевіряли за допомогою шкали тривожності Тейлора, адаптація М. Пейсахова, адаптований до нашого дослідження (додаток П). Ми запропонували військовослужбовцям перелік ситуацій, які можуть спричиняти появу тривожності. Результати тесту, представлені в табл. 5.12, засвідчили переважання у військовослужбовців-учасників бойових дій високого рівня тривожності (39 % в ЕГ і 36,1 % у КГ). Середній та вище середнього рівні були визначені у 30,5 %, 27,1 % респондентів ЕГ і 27,9 %, 34,4 % респондентів КГ. Лише у трьох респондентів був виявлений низький рівень тривожності. Ми пояснюємо це тим, що військовослужбовці, перебуваючи у зоні бойових дій, постійно піддаються стресам, які супроводжуються страхами, побоюваннями, жахами та тривожністю. Тривожність виконує захисну функцію організму та не дає змоги розвиватися іншим деструктивним психоемоційним станам.

Таблиця 5.12

Оцінювання тривожності у відносинах військовослужбовців-учасників бойових дій (за шкалою тривожності Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

Рівні тривожності	ЕГ		КГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Високий	23	39	22	36,1
Вище середнього	16	27,1	21	34,4
Середній	18	30,5	17	27,9
Низький	2	3,4	1	1,6
Загальні результати	59	100	61	100

Узагальнені результати показників поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій представлено в табл. 5.13.

Таблиця 5.13

**Результати поведінкового компоненту реабілітованості
військовослужбовців-учасників бойових дій**

Групи	Методики діагностики	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ	Тест В. Ратнікова	3	4,9	16	26,2	23	37,7	19	31,2
	Тест А. Ассінгера	5	8,1	17	27,9	17	27,9	22	36,1
	Шкала тривожності Тейлора	1	1,6	17	27,9	21	34,4	22	36,1
	Загальні результати	3	4,9	17	27,9	20	32,8	21	34,4
ЕГ	Тест В. Ратнікова	6	10,1	13	22,1	18	30,5	22	37,3
	Тест А. Ассінгера	7	11,9	17	28,8	16	27,1	19	32,2
	Шкала тривожності Тейлора	2	3,4	18	30,5	16	27,1	23	39
	Загальні результати	5	8,5	16	27,1	17	28,8	21	35,6

У ході діагностики поведінкового компоненту реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій виявлено, що вони мають низький (ЕГ – 35,6 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 32,8 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 27,9 %) рівні реабілітованості. Лише у 8,5 % респондентів з ЕГ і 4,9 % з КГ було виявлений високий рівень реабілітованості. Такі результати свідчать про переважання високої конфліктності, яка на пряму пов'язана з надмірною агресивністю та високим рівнем тривожності.

Результати І зрізу (вступного) представлено табл. 5.14.

Таблиця 5.14

Розподіл військовослужбовців-учасників бойових дій КГ і ЕГ за рівнями реабілітованості (за результатами І (вступного) зрізу формульовального етапу експерименту)

Групи	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (61)	Мотиваційний	2	3,2	8	13,1	14	23	37	60,7
	Стресостійкісний	7	11,5	18	29,5	15	24,6	21	34,4
	Поведінковий	3	4,9	17	27,9	20	32,8	21	34,4
	Загальні результати	4	6,5	14	23	16	26,2	27	44,3

Продовження табл. 5.14

ЕГ (59)	Мотиваційний	3	5,1	8	13,5	13	22,1	35	59,3
	Стресостійкісний	7	11,9	16	27,1	17	28,8	19	32,2
	Поведінковий	5	8,5	16	27,1	17	28,8	21	35,6
	Загальні результати	5	8,5	13	22,1	16	27,1	25	42,3

Варто зазначити, що військовослужбовець, що брав участь у бойових діях може знаходитись на різних рівнях реабілітованості за різними компонентами. Наприклад, за мотиваційним компонентом військовослужбовець може виходити на високий рівень, а за стресостійкісним або поведінковим – на середній або достатній. Тому слід зробити припущення, що виділені нами компоненти рівнозначні під час оцінки рівнів реабілітованості військовослужбовців учасників бойових дій. У такому випадку узагальнений рівень реабілітованості військовослужбовців є середньостатистичною величиною від суми балів, якою було оцінено кожний компонент. Загалом за результатами I (вступного) зрізу формувального етапу експерименту учасники експерименту розподілилися за рівнями таким чином (рис. 5.1).

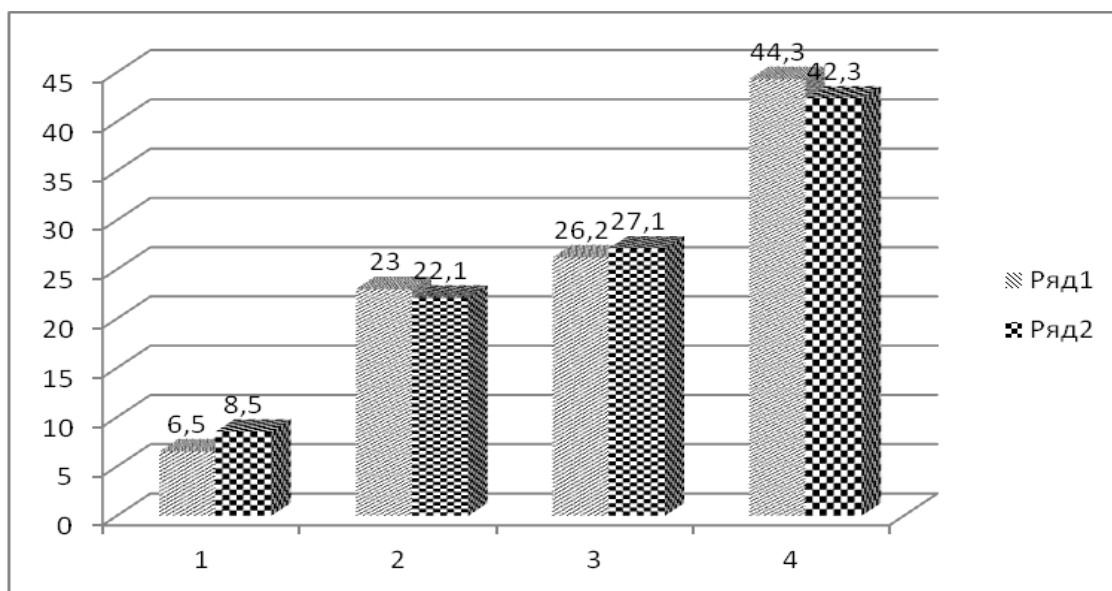


Рис. 5.1. Рівні реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій ЕГ і КГ (за результатами I (вступного) зрізу)

Із рис. 5.1, видно, що суттєвої різниці щодо рівневої градації реабілітованості військовослужбовців, яких віднесено до ЕК і КГ, не

виявлено. Представлені дослідно-експериментальні матеріали свідчать, що у респондентів обох груп переважає низький рівень реабілітованості (42,3 % в ЕГ, та 44,3 % у КГ). Середній рівень був визначений у 27,1 % військовослужбовців ЕГ і 26,2 % з КГ, достатній рівень відповідно – 22,1 % і 23 %. Високий рівень був виявлений у 8,5 % військовослужбовців ЕГ та 6,5 % військовослужбовців КГ. Отже, помітна перевага низького та середнього рівнів реабілітованості військовослужбовців. Таким чином, узагальнені результати I-го зрізу формувального етапу експериментального дослідження свідчать, що результати за всіма компонентами у КГ і ЕГ на початку експерименту фактично тотожні та потребують суттєвого вдосконалення. Саме тому необхідно здійснювати комплексну реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій, що буде представлено у наступному параграфі.

5.2 Аналіз та інтерпретація результатів

Для виконання *третього* завдання нашого експериментального дослідження, ми поставили собі за мету впровадити в ЕГ розроблену авторську систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та організаційно-педагогічні умови. Так, представлені у попередніх розділах дисертаційного дослідження теоретичні основи реабілітаційної діяльності в Україні і закордоном, а також обґрунтовані реабілітаційні інновації були узагальнені нами у вигляді системи. З огляду на це, необхідно провести виважену експериментальну перевірку її ефективності, а також дослідити потенціал організаційно-педагогічних умов у реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Цього можна досягти лише за допомогою комплексного та послідовного експериментального дослідження в ЕГ, тоді як реабілітаційна діяльність у КГ була проведена традиційно і не зазнала ніяких змін.

Зазначимо, що експериментальна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій в ЕГ тривала протягом двох років (2016–2018 рр.). Тобто, у практичному аспекті ми здійснювали системну діяльність щодо впровадження в реабілітаційний процес військовослужбовців з ЕГ інноваційних технологій – арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових, сімейної терапії. У цілому експериментальна робота була спрямована на досягнення позитивної динаміки щодо рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Докладніше розкриємо особливості проведення арт-терапевтичних занять в ЕГ. Обираючи варіанти групової арт-терапії, ми надавали перевагу тематично орієнтованим групам, оскільки на них ми мали змогу досліджувати теми, пов'язані з «конфліктами», «болем», «втратами», «любов'ю» тощо. Перед проведенням арт-терапевтичних занять ми пояснили військовослужбовцям, що арт-терапія не передбачає спеціальних художніх здібностей, умінь «гарно малювати», підкреслюючи, що кожен може вільно виражати себе за допомогою різних художніх матеріалів.

На перших арт-терапевтичних заняттях ми використовували лише пасивну арт-терапію. Для цього військовослужбовцям ми організовували перегляд репродукцій відомих художників, після такого перегляду влаштовувалися обговорення, на яких усі учасники не тільки висловлювалися про свої вподобання, але й намагалися зрозуміти, що хотів передати художник на своїх картинах. Таким чином, вони вчилися розпізнавати емоції інших людей.

Поступово арт-терапевтичні заняття стали проходити з активною арт-терапією, тобто, військовослужбовці-учасники бойових дій почали самі малювати. Особливою популярністю користувалися техніки акватипія і монотипія, кляксографія, оскільки більшість військовослужбовців переживали за відсутність художніх здібностей. Оскільки арт-терапевтичні заняття проходили у груповій формі (по 10–12 чоловік), ми проводили вправи «Мої секрети», «Спільний малюнок», «Розмова», «Сюжетні лінії»,

«Спільний проект» тощо. На кожному арт-терапевтичному занятті військовослужбовці отримували нові завдання, тим самим вони опановували нові арт-терапевтичні техніки і виконували арт-терапевтичні вправи. Так, учасники ЕГ мали малювати в реалістичній або абстрактно-символічній манері те, чим би вони хотіли поділитися зі всією групою. Виконуючи вправу «Спільний малюнок», військовослужбовці мали малювати одночасно з партнером мовчки, уважно реагуючи на всі його дії. Цікавою для військових була вправа «Розмова», коли кожен у групі мав обрати для себе колір і партнера, орієнтуючись на колір, що обрано. Пізніше пари мали зобразити «розмову» кольорів на спільному аркуші паперу. Ми пропонували учасникам імітувати сварку або примирення. На заключних заняттях ми практикували з комбатантами поєднання пасивної і активної арт-терапії, спочатку вони переглядали репродукції, а після цього мали малювати, оскільки попередній перегляд активізував уяву і бажання створювати гарні малюнки.

Слід зазначити, що кожне арт-терапевтичне заняття було проведено із дотриманням чіткої структури (п. 2.2) і не перевищувало двох годин. При цьому більша частина заняття була відведена на обговорення. Кожний військовослужбовець мав висловитися про свій малюнок, зрозуміти й усвідомити відчуття та емоції, пов'язані із переглядом малюнків інших учасників арт-терапевтичної групи. Приємно відзначити, що на кожному занятті панувала приємна спокійна атмосфера, цьому сприяла спокійна класична музика, яку ми включали під час малювання.

Під час прослуховування музики ми використовували, на основі порад науковців [17], левел-принцип та ізо-принцип. Головна особливість ізо-принципу полягала в тому, що спочатку для прослуховування військовослужбовцям була запропонована музика, яка відповідала їхньому настрою. Одразу після цього ми вмикали «нейтральну» музику і тим музичним фрагментом була мелодія, що допомагала змодельовати необхідний стан – радість, гнів, заспокоєння тощо. Особливістю левел-принципу було те, що перша музика мала пробудити інтерес у

військовослужбовців ЕГ та залучити їх до загального групового прослуховування. Наступна мала бути біль жвава, ритмічна, яка мала відволікти й розважити. Третьою композицією ми включали, як правило, веселу або сумну композицію, залежно від мети заняття.

Окремо хотілося б зупинитися на впровадженні арт-терапевтичних технологій при проведенні арт-терапевтичних занять. Так, особливо цікавою для військовослужбовців була пісочна терапія, на якій вони мали змогу не просто малювати на піску, а створювати гарні тематичні композиції, які після того фотографували і влаштовували ретроспективний перегляд з обговоренням. Приклад арт-терапевтичного заняття з використанням комплексних арт-терапевтичних технологій представлено в додатку Р.

Корисними для військовослужбовців були арт-терапевтичні заняття із елементами ландшафтної арт-терапії. Враховуючи той факт, що класична ландшафтна арт-терапія передбачає створення у навколишньому природному середовищі творчих художніх виробів, ми пропонували учасникам з ЕГ створити таке місце, в якому було б приємно не тільки відпочивати, але й жити, так би мовити «місце майбутнього». Військовослужбовці-учасники бойових дій обрали для цього занедбану будівлю біля шпиталю і поступово перетворили її на цікавий арт-об'єкт. Бетонні стіни були розмальовані графіті. На початку вони малювали вибухи, руїни будинків, поступово малюнки змінювались на звичайні «життєві історії», на яких зображалися діти, сім'я, школа тощо.

Спеціально для військовослужбовців ми створили виставку, яка була організована в реабілітаційному центрі та холі шпиталю. На ній були представлені фотографії, малюнки та художні вироби, створені самими військовослужбовцями. У подальших наших заняттях ми використовували цю експозицію для інших арт-терапевтичних груп в якості пасивної арт-терапії. Загалом арт-терапевтичні заняття дали змогу активізувати уяву, творче мислення військовослужбовців, розвинути в них відчуття

прекрасного, поступово звільняючи їх від травматичних для них стресових переживань.

Оскільки у розробленій системі організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій, процесуальний блок моделі представлений ігровими технологіями, висвітливо їх детальніше.

На початкових етапах здійснення реабілітації ми вивчали ігрові інтереси військовослужбовців, підбираючи такий ігровий матеріал, який поступово покращував психоемоційний стан, зменшуючи їхні деструктивні емоційні стани. Кожне ігрове заняття ми проводили з дотриманням технології, розробленої І. Мельничук [294]. Серед різноманіття ігор особливою популярністю в учасників з ЕГ користувалися реабілітаційні ігри. Це було пов'язано з тим, що в них немає єдиного вірного рішення або стратегії, тому необхідно було запропонувати декілька альтернативних варіантів, щоб отримати вірний результат.

Цікавими і корисними у практичному плані для військовослужбовців-учасників бойових дій були спортивні ігри, ідея яких була нами запозичена у спільному проєкті телеканалу СТБ з Міністерством оборони України «Ігри Незламних» (Invictus Games) [200]. Ці ігри повинні були подолати існуючі в суспільстві стереотипи сприйняття військовослужбовців і ветеранів з інвалідністю. Девізом Ігор Незламних є «Ви всі незламні. Ніколи не здавайтеся і робіть все можливе, щоб надихати тих, хто вас оточує» [200]. Оскільки військовослужбовці ЕГ мали поранення, ми пропонували їм спортивні ігри, що не вимагали складної координації рухів і напруження уваги. Наприклад, «Кинь м'яч швидше», «Розтисни кулак», «Швидше» тощо. Такі ігри ми супроводжували психогімнастикою, яка також передбачала невеликі фізичні навантаження – вправи «Дзеркало», «Ведучий», «Повтори мене» тощо.

Ще одним видом спортивних ігор був хортинг та Хатха-йога. Якщо хортинг – це по суті звичний вид бойових занять для військовослужбовців,

оскільки вправи і прийоми пов'язані з бойовою діяльністю, то Хатха-йога навпаки, допомагає розслабитися і релаксувати. Слід зазначити, що ці ігри проводив фізіотерапевт з мультидисциплінарної команди. При проведенні Хатхи-йоги військовослужбовці намагалися запам'ятовувати різні асани (Сарвангасана, Халасана, Пашімоттанасана, Бхуджангасана, Салабхасана, Ваджрасана, Дханурасана тощо), які періодично повторювалися на наступних заняттях упродовж проведення комплексної реабілітації.

Окремою групою ігор були так звані ігри, спрямовані на згуртування команди. Для цього ми давали завдання учасникам з ЕГ розподілитися по групах і знайти спільну мету групи. Завдання давалися таким чином, що військовослужбовці вчилися координувати свої дії, довіряти один одному. Одночасно з цим ігри мали змагальний ефект, який був спрямований не на членів своєї команди, а на конкурентів – іншу команду.

При ігровому моделюванні ситуацій військові вчилися працювати спільно, навіть якщо в групі були люди, які не імпонували одне одному. Для цього ми проводили ігри «Олівці», «Збір за голосами», «Поворот у стрибках», «Плутанина», «Живе коло», «Рулет», «Живе дзеркало», «Коло довіри» тощо.

У грі «Міна-розтяжка» ми давали завдання учасникам, щоб вони уявили себе командою розвідників, які, виконуючи бойове завдання, натикаються на міну-розтяжку. Вони не могли її обійти, знешкодити, проповзти повз неї. Єдиний спосіб подолати перешкоду – всій команді переправитися зверху над розтяжкою. Ця гра сприяла формуванню взаємної довіри учасників.

Цікавою для військовослужбовців-учасників бойових дій була гра «Інтелектуальний футбол». Спочатку ми поділили усіх учасників на дві команди, як у справжньому футболі, потім вибрали захисників, нападаючих і воротаря. Кожна команда повинна придумати для іншої команди по 5–7 питань на різні теми: кіно, живопис, спорт, політика тощо. Команда задає питання і кидає м'яч нападаючим противника. Якщо вони не впоралися з

питанням, передають м'яч захисникам, а потім воротареві. Якщо відповідь і в цьому випадку не знайдено, зараховується гол. Проведені ігрові заняття дали змогу військовослужбовцям отримати вміння «читати» інших людей, розпізнавати їх настрій та емоції, чути співрозмовника, та при цьому почувати себе комфортно.

До інноваційних психотерапевтичних методів, представлених у процесуальному блоці моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, ми віднесли психотерапію. Зазначимо, що проведення психотерапевтичних групових занять відбувалося в умовах шпиталю і реабілітаційного центру, а самі заняття проводилися психотерапевтом – одним із представників мультидисциплінарної команди.

При проведенні групових психотерапевтичних занять нами були використані метод раціональної психотерапії у формі бесіди. На одному із занять ми розповідали про можливі наслідки пережитих стресів і пояснювали, що буде, якщо це не лікувати, намагаючись спрогнозувати ситуацію як у позитивному, так і негативному ракурсах. Це робилося для того, щоб військовослужбовці усвідомили необхідність відвідування психотерапевтичних занять. У випадку, коли вони відчували дискомфорт на групових заняттях, їм надавалася можливість отримати індивідуальні консультації психолога або психотерапевта. При цьому, ми чітко розписували це в індивідуальній програмі реабілітації – перевага надається індивідуальному чи груповому формату.

Корисними для військовослужбовців були заняття з елементами сугестивної психотерапії, аутогенного тренування, коли психотерапевт проводив сеанси гіпнозу і навіював позитивні емоції, прогножуючи «позитивне» у майбутньому. Наголошувалося на таких важливих аспектах як «здоров'я», «мир», «життя», «щаслива сім'я» тощо. Для того, щоб заняття з аутогенним тренуванням проходили ефективніше, ми спочатку пояснювали військовослужбовцям з ЕГ, як правильно формулювати текст, у

теперішньому часі, наприклад «Я здоровий, щасливий. У мене чудова сім'я, мене люблять мої рідні тощо». Поступово вони самостійно тренувалися, проводячи аутогенне тренування вранці і ввечері. Як засвідчували учасники ЕГ в усних бесідах, такі заняття покращували загальний психоемоційний стан, зменшували напругу, агресію і тривожність.

Слід зазначити, що всі перелічені вище інноваційні технології проводилися нами в комплексі, додатково до тих, що передбачені реабілітаційним центром або шпиталем, наприклад, заняття ЛФК, масаж, кінетотерапія, фізіотерапія, ароматерапія, водолікування, які обов'язково проводяться спеціально підготовленим медичним персоналом.

Важливим після проведення комплексної реабілітації був супровід учасників ЕГ, організований сумісно, що передбачав регулярні зустрічі у форматі тренінгів, перегляду відеофільмів, походів на виставки та картинні галереї. У процесі таких зустрічей ми мали змогу спостерігати за психоемоційним станом військовослужбовців, допомагали їм у розв'язанні проблем, які були пов'язані з адаптацією до мирного життя.

Ми запропонували військовослужбовцям з ЕГ для перегляду фільми «Кіборги», «Чужа молитва», «До зустрічі з тобою», «Форест Гамп». Після перегляду фільмів ми влаштовували обговорення, на основі застосовування методу під назвою «психологічне зараження». Тобто, «під час перегляду людина зазвичай ідентифікує себе з головним героєм, переживає разом з ним проблемні ситуації. «Зараження» є продуктом психічної діяльності на рівні підсвідомості» [427, с. 373]. Військовослужбовці мали змогу ідентифікувати себе з головними героями фільмів, тим самим уживаючись в образ і намагаючись подібним образом розв'язувати власні проблеми.

Слід зазначити ефективність проведення тренінгових занять (тренінг «Антистрес»). Ми на основі кольорового тесту, на початку і в кінці кожного тренінгового заняття, оцінювали емоційний стан й визначали ступінь задоволеності військовослужбовців-учасників бойових дій від участі в занятті. Ми враховували, що кожний кольоровий відтінок супроводжується

вербальною характеристикою та служить своєрідним «словником емоцій» М. Люшера [277], згідно з яким червоний колір символізує захопленість або активність; жовтий – приємний настрій; зелений – спокій, урівноваженість; оранжевий – радість, теплоту; синій – сум і спокій; фіолетовий – незадоволеність; чорний – тугу.

У військовослужбовців з ЕГ (на початку та в кінці кожного тренінгового заняття) була змога обирати широку гаму кольорів, що характеризувало б їх настрій – від незадоволеного до байдужого, чи навіть до активного стану. Відзначимо, що на початку тренінгових занять, у більшості випадків, військовослужбовці обирали сірі, сині або фіолетові кольори, а в кінці занять кольори змінювалися на більш яскраві (жовті, оранжеві, червоні). Така зміна паліри кольорів свідчила про домінування позитивних емоцій, підтверджувала приємний настрій і задоволення від тренінгового заняття й спілкування з учасниками групи.

Четверте завдання формувального етапу експерименту передбачало організацію II-го (підсумкового) зрізу. Головна мета цього зрізу – з’ясування кінцевого рівня сформованості мотиваційного, стресостійкісного та поведінкового компонентів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій. Наголосимо на тому, що методика проведення підсумкового зрізу була тотожною до організації та проведення вступного зрізу, яку ми описали у п. 5.1. На основі такого підходу ми отримали змогу простежити динаміку змін у рівнях реабілітованості військовослужбовців ЕГ та КГ. Узагальнені результати підсумкового зрізу представлено у табл. 5.15.

Таблиця 5.15

Розподіл комбатантів КГ та ЕГ за рівнями реабілітованості (II зріз)

Групи	Компоненти	Рівні реабілітованості							
		Високий		Достатній		Середній		Низький	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (61)	Мотиваційний	3	4,9	14	22,9	19	31,2	25	41,0
	Стресостійкісний	8	13,1	20	32,8	16	26,2	17	27,9
	Поведінковий	5	8,2	19	31,2	22	36,1	15	24,5
	Загальні результати	5	8,2	18	29,5	19	31,2	19	31,2

Продовження табл. 5.15

ЕГ (59)	Мотиваційний	7	11,9	24	40,7	24	40,7	4	6,7
	Стресостійкісний	19	32,2	24	40,7	15	25,4	1	1,7
	Поведінковий	15	25,4	27	45,8	16	27,1	1	1,7
	Загальні результати	14	23,7	25	42,4	18	30,5	2	3,4

Отже, другий зріз показав позитивні зміни щодо сформованості усіх компонентів (мотиваційного, стресостійкісного, поведінкового) реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, які були залучені до експериментального дослідження та знаходилися в ЕГ. Тоді як у КГ таких значних позитивних змін ми не спостерігали. Узагальнені результати (I та II зріз) ми представили у таблиці 5.16 а також 5.17.

Таблиця 5.16

Результати проведення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на формуальному етапі дослідження (у %)

Групи	Рівні	Компоненти реабілітованості								
		Мотиваційний			Стресостійкісний			Поведінковий		
		I зріз	II зріз	Приріст	I зріз	II зріз	Приріст	I зріз	II зріз	Приріст
КГ (61)	Високий	3,2	4,9	+1,7	11,5	13,1	+1,6	4,9	8,2	+3,3
	Достатній	13,1	22,9	+9,8	29,5	32,8	+3,3	27,9	31,2	+3,3
	Середній	23,0	31,2	+8,2	24,6	26,2	+1,6	32,8	36,1	+3,3
	Низький	60,7	41,0	-19,7	34,4	27,9	-6,5	34,4	24,5	-9,9
ЕГ (59)	Високий	5,1	11,9	+6,8	11,9	32,2	+20,3	8,5	25,4	+16,9
	Достатній	13,5	40,7	+27,2	27,1	40,7	+13,6	27,1	45,8	+18,7
	Середній	22,1	40,7	+18,6	28,8	25,4	-3,4	28,8	27,1	-1,7
	Низький	59,3	6,7	-52,6	32,2	1,7	-30,5	35,6	1,7	-33,9

Таблиця 5.17

Узагальнені результати реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на формуальному етапі експериментального дослідження (n = 120 (КГ – 61, ЕГ – 59))

Рівні	Початок експерименту I зріз				Кінець експерименту II зріз			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Високий	4	6,5	5	8,5	5	8,2	14	23,7
Достатній	14	23	13	22,1	18	29,5	25	42,4
Середній	16	26,2	16	27,1	19	31,2	18	30,5
Низький	27	44,3	25	42,3	19	31,2	2	3,4

Таким чином, як засвідчують результати табл. 5. 16 та 5.17, проведена практична діяльність щодо вдосконалення компонентів реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, яка базувалася на впровадженні системи організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій у ЕГ дала позитивні результати. За результатами, які ми отримали можна констатувати, що військовослужбовці КГ не змогли самотійно досягнути істотних позитивних результатів. Натомість, військовослужбовці, які перебували в ЕГ, мали суттєві позитивні зміни за всіма компонентами (мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим).

Для достовірності нашого дослідження ми прагнули встановити результативність своєї діяльності та визначити статистичну вірогідність отриманих нами результатів на основі методів математичної статистики. З метою встановлення математичної достовірності результатів було проведено порівняння дисперсій на основі визначення F- критерію [260, с. 275–282]. А саме:

1. Середню зважену величину розраховували за формулою:

$$M = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i \cdot x_i)}{N} \quad (5.1)$$

де, M – середня зважена величина в ЕГ та КГ;

F_i – кількість комбатантів на кожному i -му рівні реабілітованості;

n – кількість рівнів реабілітованості (високий, достатній, середній, низький);

x_i – рівень сформованості кожного компоненту (у числовому значенні: високий – «5»; достатній – «4»; середній – «3»; низький – «2»);

N – загальна кількість комбатантів у групах.

2. Дисперсію розраховували за формулою:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (|M - x_i|^2 \cdot F_i)}{N} \quad (5.2)$$

3. Середнє квадратичне відхилення розраховували за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (|M - x_i|^2 \cdot F_i)}{N}} \quad (5.3)$$

4. Перевірка гіпотези відбувалася на основі *F*-критерію:

$$F_{emp} = \frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} \quad (5.4),$$

де σ_1^2 – більша дисперсія, σ_2^2 – менша дисперсія, що були обчислені на основі результатів I та II зрізів.

Отже, нами було сформульовано дві гіпотези. Перша – нульова, яка передбачала відсутність переваг у стані реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій, які перебували у КГ та ЕГ та підтверджували неефективність авторського підходу, що передбачав впровадження системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Тоді як друга гіпотеза була альтернативною – вона передбачала наявність статистично значимих та достовірних переваг авторського підходу, що базувався на організації та здійсненні комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях.

Отже, на основі методів математичної статистики ми мали можливість здійснити ефективне порівняння отриманих результатів *F*-критерію (F_{emp}) в контрольній (F_{emp} -КГ) та експериментальній групах (F_{emp} -ЕГ) із табличним значенням *F*-критерію (F_{krit}), що представлено у стандартній таблиці [260, табл. 52, с. 278].

Для обрахунків ми здійснили визначення числа ступенів свободи знаменника. У нашому випадку, за умови, коли число ступенів свободи (кількість військовослужбовців в групі мінус 1) буде в межах від 24 до безкінечності та від 40 до 120 (у нашому дослідженні у КГ це $61 - 1 = 60$; а в ЕГ – це $59 - 1 = 58$), то показник F_{krit} має перебувати в межах числових значень від **1,7** до **1,3**.

Розрахунки F_{emp} за мотиваційним, стресостійкісним, поведінковим компонентами реабілітованості комбатантів з КГ та ЕГ на формувальному етапі експериментального дослідження, а також їх порівняння із табличним значенням F_{krit} представлено у табл. 5.18.

Таблиця 5.18

Результати обрахунку F-критерію для визначення результативності комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на формувальному етапі експериментального дослідження
(при рівні значущості p 5%)

Групи	Етап	Визначення F-критерію для мотиваційного компоненту реабілітованості						F_{emp}
		F_i				М	δ^2	δ
		високий «5»	достатній «4»	середній «3»	низький «2»			
КГ (61)	I зріз	2	8	14	37	2,590	0,701	0,837
	II зріз	3	14	19	25	2,918	0,829	0,910
ЕГ (59)	I зріз	3	8	13	35	2,644	0,805	0,897
	II зріз	7	24	24	4	3,576	0,617	0,785
Групи	Етап	Визначення F-критерію для стресостійкого компоненту реабілітованості						F_{emp}
		F_i				М	δ^2	δ
		високий «5»	достатній «4»	середній «3»	низький «2»			
КГ (61)	I зріз	7	18	15	21	3,180	1,066	1,032
	II зріз	8	20	16	17	3,311	1,034	1,017
ЕГ (59)	I зріз	7	16	17	19	3,186	1,033	1,016
	II зріз	19	24	15	1	4,034	0,643	0,802
Групи	ЕЕ	Визначення F-критерію для поведінкового компоненту реабілітованості						F_{emp}
		F_i				М	δ^2	δ
		високий «5»	достатній «4»	середній «3»	низький «2»			
КГ (61)	I зріз	3	17	20	21	3,033	0,827	0,909
	II зріз	5	19	22	15	3,229	0,833	0,913
ЕГ (59)	I зріз	5	16	17	19	3,017	0,928	0,963
	II зріз	15	27	16	1	3,949	0,590	0,768

Примітка: табличне значення F_{krit} від 1,7 ... до 1,3

Отже, як свідчать дані табл. 5.18, отримані результати обґрунтовано доводять достовірність альтернативної гіпотези та засвідчують результативність впровадження у реабілітаційну діяльність з

військовослужбовцями-учасниками бойових дій авторської системи. Зокрема, у ході обрахунків нами було встановлено, що числове значення F-критерію у КГ не входить у визначені межі табличної величини (1,1826 (мотиваційний); 1,0309 (стресостійкісний); 1,0073 (поведінковий)), а тому не є значущим і математично достовірним у процесі організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій. Було встановлено й те, що F-критерій у ЕГ перебуває у межах табличної величини від 1,7 до 1,3 (1,3047 (мотиваційний); 1,6065 (стресостійкісний); 1,5729 (поведінковий)). Тобто, результати у ЕГ – математично достовірні та статистично значущі у контексті організації реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

Щодо якісних результатів експерименту, то наголосимо, що після проведення комплексу реабілітаційних заходів психоемоційний стан військовослужбовців значно покращився, зменшилися прояви тривожності та агресивної поведінки. Якщо перед проведенням реабілітаційних заходів деякі з них відмовлялися від спілкування з психологом і психотерапевтом, то після проведення тренінгових занять, вони почали активно з ними працювати, йти на контакт. Окрім цього, покращилися взаємовідносини у сім'ях комбатантів, зменшилися конфлікти і сварки, що може свідчити про ефективність проведених реабілітаційних заходів.

5.3 Методичні рекомендації фахівцям соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях

Результати проведеного дослідження дали можливість розробити методичні рекомендації фахівцям соціальних служб щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у

бойових діях. Ефективність та якість реалізації відповідної системи організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій залежать від усвідомлення всіма учасниками мультидисциплінарної команди, в тому числі і комбатантами, важливості та необхідності оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, від узгодженої діяльності фахівців соціальних служб щодо впровадження комплексу реабілітаційних технологій.

Основна мета методичних рекомендацій – оптимізувати практичну діяльність з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. Для реалізації цієї мети були сформульовані такі завдання:

- ознайомити фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні у бойових діях, з відповідним розподілом функціональних обов’язків;
- ознайомити психолога / військового психолога, соціального працівника з розробленим діагностувальним інструментарієм для визначення рівня реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій;
- ознайомити фахівців мультидисциплінарної команди з інноваційними реабілітаційними технологіями;
- підготувати сім’ї військовослужбовців до повернення демобілізованих військовослужбовців із зони проведення бойової операції.

Зазначимо, що здійснювати психодіагностику психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій повинен психолог. Як наголошує колектив українських дослідників [157], «на відміну від цивільних психологів, які розглядаються як фахівці вузького профілю, діяльність *військового психолога* включає в себе психодіагностику, психопрофілактику, психологічну підготовку, соціально-психологічну адаптацію та психологічне консультування військовослужбовців. По суті, військовий психолог поєднує основні компетенції психолога-діагноста, соціального психолога, психолога праці та власне військового психолога. У своїй повсякденній професійній діяльності він повинен вирішувати завдання з вивчення психологічних

особливостей військовослужбовців, військових колективів, здійснювати психологічне забезпечення бойової готовності, несення особовим складом бойового чергування, здійснювати профілактику негативних соціально-психологічних проявів та надавати допомогу військовослужбовцям у вирішенні їх психологічних проблем. У воєнний час він є безпосереднім організатором усієї системи психологічного забезпечення бойових дій підрозділу» [157, с. 5].

Пропонуємо комплекс методик, які допомагають фахівцям організувати та провести вивчення психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (п. 3.4). Сутність даного комплексу полягає у можливості здійснити фахівцем соціальних служб планомірну системну діагностики стресу та його наслідків у військовослужбовців-учасників бойових дій, а саме з'ясувати рівень ПТСР, депресії, проявів конфліктної, агресивної та тривожної поведінки. Зазначимо, що розроблена програма діагностики може бути доповнена іншими методиками. Окрім цього психолог має займатися вивченням індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців. Слід враховувати той факт, що «проведення динамічного психологічного вивчення особового складу підрозділу здійснюється фахівцями з відповідною психологічною освітою та з додержанням положень Етичного кодексу психолога» [157, с. 5].

Отримані діагностичні дані дадуть змогу офіцеру-психологу ефективно здійснювати соціально-психологічний супровід діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій, а також вчасно надавати ефективні рекомендації командирам щодо розв'язання конфліктних ситуацій у військовому підрозділі.

Слід зазначити, що тривале перебування учасників військових дій у зоні проведення бойової операції, призводить до проявів неадекватної поведінки під час їх попадання в мирне середовище. Тобто, у цьому контексті поділяємо позицію науковців про те, що «існує ймовірна загроза проявів сприйняття навколишнього середовища через «військову призму

дійсності», замкненості в собі, тривоги щодо зміни ставлення сім'ї до нього, відчуття боязкості за свою сім'ю, щоб сім'я не дізналася про жахи війни» [295, с. 5]. Для цього сімейні психологи мають пояснювати кожному члену сім'ї характерні особливості «нової» поведінки комбатантів та її причини для того, щоб допомогти їм впоратися з внутрішніми психологічними проблемами.

У деяких членів сімей (дружин, дітей, батьків) може з'явитися відчуття відчуженості військовослужбовця від родини. Для цього, *сімейний психолог* має пояснити, що слід пам'ятати про те, що військовослужбовець стикався зі складними обставинами під час проведення бойових дій, тому усім членам його сім'ї, для відновлення колишньої близькості, довіри і підтримки, необхідно навчитися знову довіряти одне одному і покладатися один на одного. З метою якнайшвидшого подання відчуття відчуженості необхідно переглянути та переоцінити сімейні цінності та вдосконалити спектр звичних сімейних ролей.

Окрім цього, з метою налагодження позитивного сімейного клімату у родині, сімейний психолог має наголошувати на тому, що «при поверненні бійця додому, члени родини можуть стикатися з проблемами у стосунках, а саме: поява нових знайомих та друзів, виникнення почуття підозри невірності другої половини. У такі моменти членам родини в обов'язковому порядку необхідно розмовляти один з одним, обговорювати ті почуття, які в них виникають та разом шукати шляхи вирішення проблем» [295, с. 8].

Особливу увагу, як доводять фахівці-практики [295], необхідно звернути сімейному психологу на дітей військовослужбовців, оскільки вони, залежно від віку, можуть по-різному реагувати на повернення у сім'ю батька-бійця або матері-бійця. Так, діти до 12 місяців можуть реагувати на зміни у розпорядку дня, оточенні, зміни настрою матері або відсутність її уваги. Зокрема, у більшості випадків, діти можуть відмовлятися від їжі й навіть втрачати вагу та ставати апатичними. Як засвідчує практика, діти віком ві 1 до 3 років можуть необґрунтовано плакати та ображатися, погано спати й

систематично влаштовувати істерики, якщо батько/мати перебуває в стресовому стані після повернення із зони проведення бойових дій. Діти віком від 3 до 6 років можуть також проявляти нетипову поведінку (регресувати, смоктати пальці, мати проблеми зі сном, підвищений рівень тривожності, необґрунтовані роздратування, боязнь втрати матері/батька, відчуття своєї провини через мобілізацію батьків у зону проведення бойових дій). Діти цього віку можуть впадати у гнів, легко роздратовуватися, бути пригніченими або навпаки надміру агресивними, вони систематично можуть скаржитися на біль, або неприємні відчуття. Для дітей віком від 6 до 12 років можуть бути притаманні негативні особистісні реакції. Зокрема, вони можуть бути агресивними й нервовими, капризувати і скаржитися, у них часто можуть траплятися істеричні скандали. Як свідчать практики [295], у дітей цієї вікової категорії може з'являтися різкий головний або шлунковий біль тощо. Дуже часто дошкільнята або молодші школярі турбуються, переживають про безпеку батька вдома.

Діти, віком від 13 до 18 років можуть безпідставно хвилюватися, нервувати, протестувати. Це відбувається, головним чином, тому, що їм може не сподобатися новий розподіл сімейних ролей і обов'язків під час відсутності батька/матері та після повернення їх назад додому. У зв'язку з пережитим стресом, підлітки можуть потрапити до груп ризику, а саме: тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркотичні засоби, схильність до суїциду та правопорушень [295, с. 8-10].

Таким чином, необхідно, щоб сімейний психолог підготував дитину, незважаючи на її вік, до повернення одного із батьків (матері-воїна, чи батька-воїна) додому, огорнути її додатковою увагою та піклуватися про них, проявити розуміння до почуттів дитини, проявляти терпіння до її реакції (агресії, ревність, злість, провини). У цьому контексті доцільно, насамперед, обговорити нову ситуацію, яка виникла у сім'ї, у зв'язку із поверненням члена родини до дому та постаратися зберігати звичайний (традиційний для кожної родини) ритм життя.

Сімейний психолог має пояснити усім членам сім'ї, у яку повертається військовослужбовець-учасник бойових дій, що вони можуть знизити ймовірність негативних проявів поведінки демобілізованого лише у тому випадку, коли будуть:

- надавати можливість проводити частину вільного часу віч-на-віч із кожним членом сім'ї або близьким другом;
- підтримувати його у стосунках з іншими, але в той же час надавати йому певний час побути наодинці з самим собою;
- спільно проводити дозвілля (відвідувати кінотеатри, театри, свята, культурно-розважальні заходи тощо);
- справедливо розподіляти домашні обов'язки та обговорювати ймовірні нові зобов'язання, які виникають;
- поважати думки та дії кожного члена сім'ї, йти на компроміс чи поступки.

Соціальний педагог / соціальний працівник має:

- проводити індивідуально-виховну роботу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій;
- у разі необхідності особисто відвідати сім'ї військовослужбовців, створити умови для відвертого, довірливого обговорення і розв'язання складних життєвих ситуацій;
- проводити профілактичні заходи щодо запобігання агресивної, конфліктної, тривожної поведінки як у військовослужбовців так і у членів його родини;
- організовувати соціальний супровід військовослужбовця-учасника бойових дій і його сім'ї;
- проводити тренінгові заняття з військовослужбовцями задля успішної адаптації їх до нових умов мирного життя;
- вивчати соціально-психологічний стан військовослужбовців-учасників бойових дій, а також аналізувати суспільну думку, настрої, які є у близького оточення;

- проводити заходи для підтримки здорового морально-психологічного клімату військовослужбовців-учасників бойових дій;
- піклуватися про соціальний захист військовослужбовців, що брали участь у бойових діях і членів їх сімей, допомагати у відновленні порушених прав та допомагати отримувати соціальну підтримку, яка закріплена законодавчими актами;
- проводити консультування з соціально-правових і сімейно-побутових проблем, які можуть виникнути у військовослужбовців-учасників бойових дій, а також у членів їхніх родин;
- піклуватися про створення сприятливих матеріально-побутових умов для військовослужбовців-учасників бойових дій і членів їхніх сімей;
- сприяти культурному і духовному розвитку військовослужбовців ЗСУ, що були задіяні в проведенні бойових операцій;
- організовувати змістовне дозвілля військовослужбовців-учасників бойових дій та їхніх родин;
- активно взаємодіяти з міськими, обласними та регіональними центрами соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, реабілітаційними центрами, медичними установами, місцевими органами влади, місцевого самоврядування в інтересах проведення спільних заходів щодо створення умов для здорового способу життя військовослужбовців-учасників бойових дій та їх родин.

Лікар-реабітолог має:

- проводити медичне обстеження військовослужбовців-учасників бойових дій;
- виявляти військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, із відхиленнями у фізичному і психічному розвитку, схильних до вживання наркотиків, алкоголізму, токсикоманії та вживати адекватних заходів щодо їхнього лікування;

- здійснювати медико-профілактичні заходи щодо виявлення військовослужбовців-учасників бойових дій із нервово-психічною нестійкістю та надавати їм необхідну допомогу;

- формувати у військовослужбовців-учасників бойових дій установку на ведення здорового способу життя;

- цілеспрямовано та системно надавати допомогу у реабілітації військовослужбовцям-учасникам бойових дій, які прибули з лікувальних закладів.

Результати проведеного дослідження переконливо доводять, що перспективність запропонованих рекомендацій полягає в тому, що вони передбачають оптимізацію реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях.

Висновки до п'ятого розділу

1. Розроблена система організації комплексної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій, вимагала експериментальної перевірки ефективності її реалізації у реабілітаційних закладах України. У практичному контексті було проведено формувальний етап експериментального дослідження. Основною базою для експериментальної роботи були: Хмельницький обласний центр соціально-психологічної допомоги та Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни. До організації та проведення експериментальної діяльності залучено 120 військовослужбовців-учасників бойових дій.

Результати I (вступного) зрізу засвідчили, що переважна більшість продіагностованих нами респондентів мають низький (ЕГ – 59,3 %, КГ – 60,7 %), середній (ЕГ – 22,1 %, КГ – 23 %), достатній (ЕГ – 13,5 %, КГ – 13,1 %), високий (ЕГ – 5,1%, КГ – 3,2%) рівні реабілітованості за мотиваційним компонентом; низький (ЕГ – 32,2 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 24,6 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 29,5 %), високий (ЕГ

– 11,9%, КГ – 11,5%) рівні реабілітованості за стресостійкісним компонентом; низький (ЕГ – 35,6 %, КГ – 34,4 %), середній (ЕГ – 28,8 %, КГ – 32,8 %), достатній (ЕГ – 27,1 %, КГ – 27,9 %), високий (ЕГ – 8,5%, КГ – 4,9%) рівні реабілітованості за поведінковим компонентом. Отримані результати засвідчили, що стан реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій є недостатнім та підтвердили наше припущення про те, що підвищувати рівень їхньої реабілітованості потрібно через моделювання та упровадження створеної нами системи.

2. Ефективними у роботі з військовослужбовцями-учасниками бойових дій визначено психологічну допомогу консультаційного характеру, групову та індивідуальну психотерапію, тренінгові заняття. При проведенні групової психотерапії з комбатантами дієвими виявилися техніки емоційно-вольової саморегуляції, медитативні та арт-терапевтичні техніки. Серед арсеналу різноманітних психотерапевтичних методів при проведенні комплексної реабілітації з військовослужбовцями особлива увага була приділена раціональній, сугестивній, особисто орієнтованій психотерапії, наркопсихотерапії.

3. Отримані результати II (підсумкового) зрізу формувального етапу експериментального дослідження показали, що рівень реабілітованості військовослужбовців в ЕГ є вищим, ніж у військовослужбовців КГ, що дало підставу стверджувати про ефективність розробленої нами системи організації та здійснення комплексної реабілітації. За допомогою методів математичної статистики доведено вірогідність і достовірність отриманих результатів. Таким чином, експериментальне дослідження повністю підтвердило доцільність впровадження розробленої системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій.

4. Розроблені методичні рекомендації для фахівців соціальних служб допоможуть оптимізувати реабілітаційну діяльність з військовослужбовцями ЗСУ, що брали участь у бойових діях. Вони спрямовані на ознайомлення

фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації; відповідним розподілом функціональних обов'язків; розробленим діагностувальним інструментарієм для визначення рівня реабілітованості комбатантів; інноваційними реабілітаційними технологіями.

Основні наукові результати, викладені в розділі, опубліковані в [54; 55; 69; 86; 94; 107].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб, що виявляється в обґрунтуванні теоретичних і практичних засад, виокремленні організаційно-педагогічних умов, розробці моделі системи організації та здійснення комплексної реабілітації та її експериментальній перевірці, що дало змогу сформулювати такі **висновки**:

1. Узагальнення результатів теоретичного аналізу досліджень вітчизняних і зарубіжних учених дало можливість розкрити загальні підходи до трактування основних дефініцій дослідження. Встановлено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями, як адаптація, реадaptaція, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога. Термін «реабілітація» активно використовують у різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології, соціальній педагогіці. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до складної ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У вузькому сенсі реабілітація означає відновлення здоров'я, а у широкому розумінні передбачає покращення фізичного та функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Реабілітація є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта через комплексний вплив на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів. Представлено реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення їх здоров'я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя. Встановлено, що реабілітація цієї категорії

населення передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної/фізичної, соціальної та педагогічної, які можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові підвиди (соціально-психологічну, соціально-педагогічну, медико-психологічну, професійно-психологічну тощо) в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

Проведений аналіз нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації в Україні дав змогу встановити, що чинне законодавство не в змозі забезпечити проведення належного рівня комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях. Встановлено, що для здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі соціальних служб найефективнішими є мультидисциплінарний, системний, комплексний і технологічний підходи. Головним системотвірним підходом визначено мультидисциплінарний, оскільки ефективність реабілітації безпосередньо залежить саме від складу та професіоналізму мультидисциплінарної команди фахівців, які її здійснюють. Визначено загальнонаукові принципи при проведенні реабілітаційних заходів із військовослужбовцями-учасниками бойових дій – комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості. Встановлено спектр та досліджено ефективність специфічних принципів організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, пов'язаних із певним видом реабілітації.

2. Під час проведення лікувально-реабілітаційної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, які мають психоемоційні розлади і стреси, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів, особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-,

фототерапією, вибір яких був обумовлений діагностувальними, розвивальними, коректувальними та терапевтичними можливостями при проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Обґрунтовано можливості ігрової терапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях. Представлено різні види ігор, серед яких провідними є ділові, професійні, реабілітаційні, спеціалізовані, реабілітаційні комп'ютерні. Визначено ігрові методи у роботі з військовослужбовцями – метод аналізу конкретних ситуацій, «мозкового штурму», інтелектуальної розминки, метод клініки, метод аварійних випадків, хортинг. Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки). Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних взаємин та усунення емоційних розладів у сім'ях військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань до мирного життя. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію.

3. Обґрунтовано систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та розроблено графічну модель її реалізації. Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, було зреалізовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її дієвості. Розроблена система реалізувалася через взаємопов'язані блоки, які забезпечили основу для її організації та впровадження: методологічний –

мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації, психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні для кожного виду реабілітації); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю, та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної/фізичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечуючи здійснення реабілітаційних заходів; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців, що передбачає етапи (діагностувальний, розробка індивідуальної програми реабілітації, робочий, післяреабілітаційний супровід); комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейну терапію та інноваційні методи і прийоми реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

4. Системотвірним чинником системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є організаційно-педагогічні умови, до яких віднесено: здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно розробленої комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період. Перша організаційно-педагогічна умова базується на тому, що реабілітаційна робота має декілька складових – медичну/фізичну, психологічну, соціальну та педагогічну, які

забезпечуватимуться комплексом реабілітаційних заходів; вона передбачає здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку». Друга організаційно-педагогічна умова спрямована на організацію і здійснення реабілітації мультидисциплінарною командою фахівців – соціальним працівником/соціальним педагогом, психологом (військовим психологом, психологом служб зайнятості), медичним працівником (кінезитерапевтом, лікарем-реабілітологом), волонтерами. Третя організаційно-педагогічна умова націлює на проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців (згідно розробленої комплексної програми – методики підбиралися таким чином, щоб вони охоплювали всі зміни, які відбулися під час участі військовослужбовців у бойових діях). Четверта організаційно-педагогічна умова передбачає комплексну діагностику й врахування поетапності загальних реабілітаційних заходів: первинної психопрофілактики; заходів медико-психологічної реабілітації в районі проведення бойових дій; медико-психологічної реабілітації в лікувально-профілактичних закладах, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. П'ята організаційно-педагогічна умова спрямована на організацію соціально-психологічного супроводу у постреабілітаційний період, що передбачає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та надання додаткової психологічної допомоги після комплексної реабілітації.

5. Експериментальна перевірка системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій здійснювалась у три етапи. На першому етапі проведено анкетування, яке дало змогу згрупувати проблеми військовослужбовців, що були учасниками бойових дій у чотири групи: функціонально-фізіологічні; функціонально-психологічні; житлово-побутові та соціальні; колективно-групові, кожна з яких пов'язана зі здійсненням конкретного виду реабілітації

(фізична/медична, психологічна, соціальна, педагогічна). Другий етап передбачав організацію формувального етапу експерименту, вступні результати якого дали підстави для констатації, що існуюча система реабілітації недостатньо орієнтована на повне відновлення військовослужбовців, оскільки переважають низький та середній рівні реабілітованості. Третій етап спрямований на розробку і впровадження системи організації та здійснення комплексної реабілітації, що передбачає створення мережі реабілітаційних центрів, забезпечених мультидисциплінарною командою фахівців, які оволоділи інноваційними технологіями. Підсумковий зріз формувального експерименту засвідчив, що рівень реабілітованості військовослужбовців у ЕГ є вищим, ніж у КГ. За допомогою методів математичної статистики (визначення F-критерію) доведено вірогідність і достовірність отриманих результатів.

6. Розроблено методичні рекомендації для фахівців соціальних структур щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях. Рекомендації передбачають ознайомлення фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з відповідним розподілом функціональних обов'язків; ознайомлення психолога/військового психолога, соціального працівника з підібраним діагностувальним інструментарієм для визначення проблем та встановлення рівня реабілітованості військовослужбовців, що брали участь у військових операціях; ознайомлення фахівців мультидисциплінарної команди з інноваційними реабілітаційними технологіями, методами та прийомами; підготовку членів сім'ї до повернення демобілізованих військовослужбовців із зони проведення військових дій.

Представлені в дисертаційному дослідженні результати і висновки не претендують на остаточне й вичерпне розв'язання проблеми організації реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Перспективи

подальших розвідок убачаємо у здійсненні ґрунтовного дослідження прогресивних технологій соціально-педагогічної роботи з членами родини військовослужбовців, які брали участь у бойових діях (дітьми, дружинами, чоловіками), а також вивченні спектра ресурсного забезпечення соціально-педагогічної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, яким володіють недержавні структури та громадські організації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : Дис.... канд. психол. наук; 19.00.05 / Ринат Абдулнакипович Абдурахманов. М., 1994. 223 с.
2. Агрень Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы. Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Л. : Медицина, 1970. 329 с.
3. Айви А. Е., Айви М. Б. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М. 1999. 487 с.
4. Алалыкина Н. Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Наталия Николаевна Алалыкина. М. : РГБ, 2003. 200 с.
5. Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб. : Академический проект, 1997. 335 с.
6. Александров А.А. Аутотренинг: справочник. СПб.: Питер, 2007. 272 с.
7. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей. М. : Медицина, 1993. 400 с.
8. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И. Психогении в экстремальных условиях. М. : Медицина, 1991. 96 с.
9. Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Щукин Б. П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях. *Невропатология и психиатрия*, 1989. № 5. С. 11–117.
10. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2015. № 2. С. 46–53.
11. Алещенко В. І. Соціальна політика в Збройних Силах України: проблеми та шляхи їх розв'язання. *Наука і оборона*. 2005. № 2. С. 38–44.

12. Аллан Дж. Ландшафт детской души. СПб. : Диалог, 1997. 256 с.
13. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році». К. : НІСД, 2015. 684 с.
14. Ананін В. А. Філософсько-соціологічні проблеми миру, війни та армії. К., 1996. 112 с.
15. Андрущук І. Реалізація системного підходу в навчальному процесі як педагогічна проблема. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2013. № 7. С. 8–14.
16. Антипов В.В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям. М. : ВЛАДОС-пресс, 2004. 173 с.
17. Антонова-Турченко О. Г., Дробот Л. С. Музична психотерапія : посібник-хрестоматія. К. : ІЗМН, 1997. 260 с.
18. Артеменко С. В. Проблеми соціально-правового захисту військовослужбовців у контексті реформування Збройних Сил України. *Актуальні проблеми реформування Збройних Сил та інших військових формувань України*. 2006. №1. С. 31–41.
19. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учебник для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. М. : Академия, 2001. 248 с.
20. Бабанский Ю. К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса : методические основы. М. : Просвещение, 1982. 282 с.
21. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. 2 (33). С. 7–10.
22. Бакирова Г. Х. Тренинг управления персоналом. СПб. : Речь, 2006. 400 с.

23. Баранівський В. Соціальна політика держави в Збройних Силах України, її основні напрямки і механізм реалізації. *Народна армія*. 2003. 9 вересня. (№111). С. 2.
24. Бассин Ф. Б., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии) : Руководство по психотерапии. Ташкент : Медицина, 1979. С. 24–40.
25. Беверли К., Копытин А. Environmental Art Therapy: Working with Found Objects. *Исцеляющее Искусство*. 2011. – № 3. С. 15–21.
26. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям». *Збірник наукових праць РДГУ*. 2016. Випуск 6. С. 18–21.
27. Белов В. П., Галкин В. А. Реабилитация: система деятельности и наука. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973. С. 12–14.
28. Беловодский В. А. Уклонение от военной службы как социально-психологическое явление : Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : 19.00.05 / Владимир Андреевич Беловодский. М., РАГС, 1997. 26 с.
29. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л. : Наука, 1988. 270 с.
30. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : Дис... канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Васильевич Березовец. М. : РГБ, 1997. 139 с.
31. Берецкая Е. А. Подготовка будущих специалистов социальной работы к деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста : Автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Елена Александровна Берецкая. Казань : Казанский государственный технологический университет, 2006. 24 с.

32. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб. : Речь, 2006. 248 с.
33. Бим-Бад Б. М. Педагогический энциклопедический словарь. М., 2002. 378 с.
34. Бирюкова И. В., Бебик М. А. Основные жизненные темы : методическое пособие по танцевально-двигательной терапии. М. : Институт практической психологии и психоанализа, 2005. 285 с.
35. Битянова М. Р. Система развивающей работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция седьмая. Психологический тренинг как форма развивающей работы. [Электронный ресурс]. *Школьный психолог*. 2004. № 46. Режим доступа : <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200404605>
36. Білий В. Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. *Наука і оборона*. 2015. № 1. С. 9–14.
37. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 640 с.
38. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. К. : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.
39. Богуславська О. Як не загубитися у розмаїтті тренінгових програм: [Електронний ресурс]: 1 ч. Режим доступу: <http://www.b17.ru/article/2704/>
40. Бойцов АТО реабилитируют в госпиталях для ветеранов ВОВ. [Электронный ресурс] *Вести*. 2017. 24 августа. Режим доступа : <http://vesti-ukr.com/strana/100279-bojcov-ato-reabilitirujut-v-gospitaljah-dlja-veteranov-vov>
41. Большая политехническая энциклопедия / В. Д. Рязанцев. М. : Мир и образование, 2011. 704 с.
42. Большой психологический словарь. [Электронный ресурс] / под ред.

- Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. М. : [Электронный ресурс]. Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. Режим доступа : <http://psychology.academic.ru/5199/%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%BE>
43. Бондар В. Дидактика : підручник для студентів вищих пед. навч. закл. К. : Либідь, 2005. 264 с.
44. Бондаренко В. В. Надання психологічної допомоги прикордонникам та членам їх сімей як важливий компонент діяльності офіцерів по роботі з персоналом. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: педагогічні та психологічні науки). 2013. № 2 (67). С. 282–292.
45. Бондарева Л. І. Навчальний тренінг як засіб професійної підготовки майбутніх менеджерів організацій в економічних університетах: Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Любов Іванівна Бондарєва. К, 2006. 250 с.
46. Бондаровська В. Психологическая поддержка семьи: материалы к тренингу. К. : «Розрада», 2000. 286 с.
47. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї : курс лекцій. К. : МАУП, 2001. 96 с.
48. Боченков А. А. Основные принципы и положения системы психофизиологической реабилитации пострадавших. *Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов*: Материалы и тезисы докладов 2-й научно-практической конференции врачей-психофизиологов ВМФ. СПб. : ВМФ, 1992. С. 114–120.
49. Браун Д. Введение в психотерапию : Принципы и практика психодинамики / Пер. с англ. Ю. М. Яновской. М. : Независимая фирма Класс, 1998. 224 с.
50. Бринди́ков Ю. Л. Методологические аспекты использования арт-терапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. *Modern Science. Moderní věda. Praha. Česká Republika*. 2017. № 7. Р. 95–101.

51. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей II Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 7 листопада 2017 р.) : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. С. 19–22.
52. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»* / голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. №(1)15. С. 106–110.
53. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2017. Випуск 2 (41). С. 42–45.
54. Бриндіков Ю. Л. Волонтерство як елемент соціальної роботи. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* / За ред. Л.П. Мельник, В.І. Співака. Вип. XXVI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. С. 23–32.
55. Бриндіков Ю. Л. Гендер: суспільно-політичний аспект. *Часопис Хмельницького університету управління та права «Університетські наукові записки»*. Вип. №3 (43). Хмельницький : Хмельницький університет управління та права, 2012. С. 591–595.
56. Бриндіков Ю. Л. Діяльність капеланів як інструмент забезпечення соціально-психологічних потреб військовослужбовців учасників бойових дій. *Актуальні дослідження в соціальній сфері*: матеріали десятої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2017 р.) / гол. ред. В. В. Корнєшук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2017. С. 96–98.

57. Бриндіков Ю. Л. Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів у роботі з комбатантом. *Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО* : матеріали круглого столу (Хмельницький, 22 червня 2017 р.). Хмельницький : ХІСТ Університету «Україна», 2017. С. 13–16.
58. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців збройних сил України учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXIX (79). Том 2. С. 201–206.
59. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVIII (78). Том 2. С. 195–200.
60. Бриндіков Ю. Л. Зміст та характеристика стрес-факторів, що негативно впливають на психосоматичний стан комбатантів. *Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій*: матеріали Всеукр. наук. конф. (Дніпро, 24-25 листопада 2017 р.). Частина II. Дніпро: СПД «Охотнік», 2017. С. 294–295.
61. Бриндіков Ю. Л. Ігрові технології : суть, можливості роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій *Social Work and Education*, 2018, Vol. 4, No 1. Р. 112–118.
62. Бриндіков Ю. Л. Інноваційні тренінгові методи й техніки у процесі здійснення реабілітації комбатантів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова* : Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. Випуск 60. Том 1. К. : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2018. С. 66–70.
63. Бриндіков Ю. Л. Кризовий стан сучасної української сім'ї: методи соціально-психологічної та педагогічної роботи у сім'ї. *Науковий вісник Чернівецького університету* : Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 712. С. 20–25.

64. Бриндіков Ю. Л. Людина в сучасному соціумі : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напрямів підготовки «Соціальна педагогіка», «Практична психологія» і «Соціальна робота» Хмельницький : ХНУ, 2014. 28 с.
65. Бриндіков Ю. Л. Методологічні підходи до моделювання системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : «Педагогіка. Соціальна робота»*: зб. наук. пр. / Ред. кол. : Козубовська І.В. (гол. ред.) та ін. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 1 (42), Частина I, Частина II. С. 29–32.
66. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153.
67. Бриндіков Ю. Л. Місце реабілітаційної діяльності серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 26-27 травня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 102–106.
68. Бриндіков Ю. Л. Соціальна робота з підтримки та захисту учасників АТО та членів їх сімей (приклад м. Хмельницького) *Соціальна робота і соціальна педагогіка: виклики сьогодення* : зб. наук. праць за матер. VII Всеукр. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 26-27 квітня 2018 р.). Тернопіль : ТНПУ імені В. Гнатюка, 2018. С 17–18.
69. Бриндіков Ю. Л. Морально-психологічна підтримка комбатантів як елемент вдосконалення їх мотиваційної спрямованості. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 14-15 липня 2017 р.). К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології» 2017. С. 105–108.

70. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3(10). С. 44–56.*
71. Бриндіков Ю. Л. Насильство в сім'ї як соціальна проблема. *Науковий вісник Чернівецького університету : Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 713. С. 34–39.*
72. Бриндіков Ю. Л. Необхідність організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, що були учасниками бойових дій. *Сучасні тенденції розвитку української науки : матеріали Всеукр. наук. конф. (Переяслав-Хмельницький, 26-27 травня 2017 р.). Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 70–74.*
73. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування доцільності професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до організації діяльності з реабілітації сімей комбатантів. *Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих: зб. наук. праць V Міжнар. наук.-практ. інтерне-конф. (Переяслав-Хмельницький, 27 лютого 2018 р.) : наук. ред. О.І. Шапран. Переяслав-Хмельницький : ФОП Домбровська Я.М., 2018. С. 25–28.*
74. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування потреби цілеспрямованої реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які були учасниками бойових дій. *Гірська школа Українських Карпат : наук. фах. вид. з пед. наук. головний ред. В. Хрущ. Івано-Франківськ ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2017. № 17. С. 140–143.*
75. Бриндіков Ю. Л. Ознайомча та ознайомчо-волонтерська практики : методичні вказівки щодо їх виконання для студентів спеціальності «Соціальна робота» Хмельницький: ХНУ, 2016. 55 с.

76. Бриндіков Ю. Л. Організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями збройних сил України, що приймали участь у бойових діях. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія : «Педагогіка і психологія». Дніпропетровськ : Приватний вищий навчальний заклад «Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля», 2018. С. 69–75.
77. Бриндіков Ю. Л. Потенціал акмеології та акмеологічного підходу в організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій фахівцями соціальних служб. *Наукові записки кафедри педагогіки* : зб. наук. праць. Випуск 42. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради, 2018. С. 40–48.
78. Бриндіков Ю. Л. Потенціал арт-терапії в організації реабілітаційної діяльності з комбатантами. *Modern methods, innovation and operational experience in the field of psychology and pedagogics* : International research and practice conference (Lublin, 20-21 jctober, 2017 r.). Lublin : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2017. С. 175–178.
79. Бриндіков Ю. Л. Потенціал розробки системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях. *Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 14 грудня 2017 р.). Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради. Х. : ФОП Перов В.В., 2018. С. 36–38.
80. Бриндіков Ю. Л. Потенціал сімейної психотерапії у процесі здійснення реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій. *Професійна освіта: методологія, теорія та технології* : зб. наук.

- праць / ред. колегія: Доброскок І.І. (голов. ред.) та ін. Переяслав-Хмельницький: Я.М. Домбровська, 2018. Вип. 7/1. С. 84–97.
81. Бриндіков Ю. Л. Превенція психосоматичних проявів у воїнів АТО внаслідок впливу екстремальної ситуації. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології* : зб. тез наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 23-24 червня 2017 р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2017. С. 44–47.
 82. Бриндіков Ю. Л. Проблема посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, учасників бойових дій. *Теорія і методика виховання : науково-педагогічний вісник*. Вип. 7 Херсон : Видавець Грінь Д. С., 2017. С 5–8.
 83. Бриндіков Ю. Л. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до реабілітаційної діяльності з комбатантами на основі використання інноваційних методик та підходів як вимога часу. *Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи*: матеріали Всеукр. (з між нар участю) наук.-практ. конф. (Херсон, 15-16 листопада 2017 р.). Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. С. 143–146.
 84. Бриндіков Ю. Л. Психологічний аналіз причин і наслідків демографічної кризи в Україні. *Збірник наукових праць : філософія, соціологія, психологія* : Вип. 18. Ч. 2. Івано-Франківськ : Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2013. С. 22–26.
 85. Бриндіков Ю. Л. Психотерапевтичні методи як засоби психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVI (76). Том 3. С. 102–107.
 86. Бриндіков Ю. Л. Реабілітаційна діяльність з комбатантами як нова сфера професійної діяльності соціальних працівників та соціальних педагогів. *Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в*

- Україні та світі* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 1–2 вересня 2017 р.). К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 52–55.
87. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький, Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.
 88. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація комбатантів: системна робота фахівців соціальних структур. *Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Маріуполь, 15 червня 2018 р.). Маріуполь : ДонДУУ, 2018. С. 267–270.
 89. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти* : зб. наук. праць: наук. записки РДГУ. Рівне : РДГУ, 2017. Вип. 17 (60). С. 106–111.
 90. Бриндіков Ю. Л. Соціальна діагностика та патологія : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напряму підготовки «Соціальна робота». Хмельницький : ХНУ, 2018. 29 с.
 91. Бриндіков Ю. Л. Соціальна відповідальність як фундаментальна основа соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: матеріали Міжнар наук.-практ. конф.: «ВЕКТОР». Вип. 2. Кам'янець-Подільський : «Аксіома», 2017. С. 243–245.
 92. Бриндіков Ю. Л. Соціальна політика у сфері соціального захисту учасників АТО та їх родин на місцевому рівні (приклад м. Хмельницького). Соціальна робота з різними категоріями населення у громаді: українські реалії та міжнародний досвід: колективна монографія / А. Богуцька, Ю. Бриндіков, О. Главацька та ін.; за заг. ред. В. Поліщук. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2018. С. 54–68.

93. Бриндіков Ю. Л. Соціальна реабілітація військовослужбовців: до питання термінології. *Педагогічний дискурс* : зб. наук. праць / гол. ред. І. М. Шоробура. Хмельницький: ХГПА, 2017. Випуск 22. С. 30–35.
94. Бриндіков Ю. Л. Тренування пам'яті військовослужбовця як головний елемент засвоєння топографічних знань. *Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології*: зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (Шумен, Болгарія, 16-17 червня 2017 р.). Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen, 2017. С. 166–169.
95. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні аспекти фізичної реабілітації комбатантів в Україні. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 27 жовтня 2016 р.). Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2016. С. 79–81.
96. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні складові процесу реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Актуальні дослідження в соціальній сфері* : матеріали восьмої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2016 р.) / гол. ред. В.В. Корнєшук. Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2016. С. 120–122.
97. Бриндіков Ю. Л. Соціологічний аналіз сім'ї як основи суспільства. *Сталий розвиток економіки. Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. Вип. VII. Менеджмент, маркетинг, підприємництво. Хмельницький : ПВНЗ «Університет економіки і підприємництва», 2012. С. 245–248.
98. Бриндіков Ю. Л. Сутнісні характеристики тренінгу для військовослужбовців-учасників бойових дій. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24 (І том). К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. С.142–151.

99. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання* : Матеріали круглого столу (Київ, 15 квітня 2016 р.). Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. С. 13–14.
100. Бриндіков Ю. Л. Сучасні моделі організації реабілітаційної діяльності з воїнами, що були учасниками військових дій. *Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз* : матеріали доповідей та повідомлень Міжнар. наук.-практ. конф. (Ужгород, 22 вересня, 2017 р.). Ужгород : ПП Роман О.І, 2017. С. 18–19.
101. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : метод. посіб. Хмельницький, Вектор, 2017. 172 с.
102. Бриндіков Ю. Л. Технологія здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія: Педагогічні науки. № 8 (313) листопад, 2017. Частина 1. С. 252–260.
103. Бриндіков Ю. Л. Травматичні стресові розлади у військовослужбовців як сфера реабілітаційної діяльності фахівців соціальних служб. *Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 13-14 жовтня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 96–99.
104. Бриндіков Ю. Л. Фізична реабілітація істерії як вияву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій. *Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика* : Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (з міжнар. участю) (Хмельницький, 19 квітня 2018 р.).

- Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2018. С. 143–146.
105. Бриндіков Ю. Л. Комплексна соціально-педагогічна реабілітація військовослужбовців-учасників збройних конфліктів. *Науковий вісник Ізмаїльського гуманітарного університету* : зб. наук. праць. Серія Педагогічні науки. Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 18–22.
 106. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інновацій для організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук* : зб. наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 11-12 серпня 2017 р.). Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2017. С. 36–38.
 107. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інноваційних методик діагностики травматичного стресу у військовослужбовців учасників бойових дій. *Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії* : зб. матеріалів, доповідей Всеукр. наук.-практ. конф., (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДУУ, 2018. С. 217–219.
 108. Бриндіков Ю. Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Том IX. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 8. С. 72–82.
 109. Бриндіков Ю. Л., Бриндіков Л. М. Характеристика істерії як різновиду посттравматичного стресового розладу в комбатантів: соціально-психологічний аспект. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXX (80). Том 3. С. 233–238.

110. Бриндіков Ю. Л., Шинкарук О. В. Шляхи корекції та виправлення соціальних патологій військовослужбовців учасників бойових дій. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький 26-27 жовтня 2017 р.). Хмельницький : ХНУ, 2017. С. 151–152.
111. Бруннер Е. Ю. Модель центра реабилитации инвалидов: бельгийский опыт. *Гуманітарні науки*. 2009. № 2. С. 52–58.
112. Бурлак А. М. Игровые технологии как средство социально-культурной реабилитации военнослужащих : Дис... канд. пед. наук : 13.00.05 / Анатолий Михайлович Бурлак. М. : РГБ, 2003. 204 с.
113. Бурлак А. М. Разработка системы организационных мероприятий и оптимизированных технологий медицинской реабилитации раненых с вертеброгенными осложнениями боевой травмы верхних конечностей в условиях реабилитационного центра : Дис... д-ра. мед. наук : 14.03.11 / Анатолий Михайлович Бурлак. М. : РГБ, 2012. 303 с.
114. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Випуск 2 (43). С. 176–181.
115. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Випуск 3 (44). С. 137–141.
116. В Германии, Польше и США: Минобороны отчиталось о лечении бойцов АТО [Электронный ресурс]. *Обозреватель. Общество*. Режим доступа: <https://www.obozrevatel.com/society/63180-lechenie-za-rubezhom-ukrainskie-voennyye-prohodyat-reabilitatsiyu-v-ssha-i-germanii.htm>
117. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика. Навчальний посібник : За ред проф. С. О. Сисоєвої. К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. 188 с.

118. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия: курс лекций. СПб. : Речь, 2001. 144 с.
119. Варій М. Й. Морально-психологічний стан військ: навчальний посібник. Львів: ВІДУ «ЛП», 2000. 162 с.
120. Варій М. Й. Основи соціальної психології військового колективу: [навчальний посібник]. Л. : Сполом, 2000. 249 с.
121. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М. : Изд-во МГУ, 1984. 200 с.
122. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. М. : Ось-89, 2005. 256 с.
123. Вдовина И. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация [Электронный ресурс] *Психологическая газета*. Режим доступа : <https://psy.su/feed/2307/>
124. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. Бусел В. Т.. К. ; Ірпінь : Перун, 2007. 1736 с.
125. Виховна робота в Збройних Силах України. Вип. 1. Виховна робота в бойових обставинах. Львів: ДУ «ЛП», 1996. 330 с.
126. Военная психология и педагогика : учебное пособие / ред. П. А. Корчемный, Л. Г. Лаптев, Н. К. Михайловский, В. Ф. Кулаков. Москва : Совершенство, 1998. 384 с.
127. Вознесенская Е. Л. Особенности и перспективы развития арт-терапии в Украине. *Наукові праці* (Серія : Педагогіка) : науково-методичний журнал. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 19–24.
128. Вознесенська О. Л. Ресурси арт-терапії на допомогу вимушеним переселенцям : практичний посібник. К. : Human Rights Foundation, 2015. 50 с.
129. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова. М. : Академия,

2002. 416 с.
130. Воробейчик Я. Н. Руководство по аутопсихотерапии (история, теория, практика. Одесса, 2004. 360 с.
 131. Воробьев А. И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США. *Военно-медицинский журнал*. 1993. № 12. С. 62–67.
 132. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності: навчально-методичний посібник / Л. Б. Люндквіст, В. В. Бурлака, А. Г. Шевцов [та ін.]. К. : Герб, 2007. 288 с.
 133. Гаджиев К. С. Политическая наука. М. : Международные отношения, 1995. 400 с.
 134. Гаррабе Ж. История шизофрении. М., СПб. : Озон, 2000. 304 с.
 135. Гессманн В. Концепция ненасильственного общения М. Розенберга *Современная зарубежная психология*. 2014. № 2. С. 84–89.
 136. Гильбух Ю. З. Учитель и психологическая служба школы. Киев : Знання, 1993. 186 с.
 137. Гладкая В. В. Технология и методика: сущность, структура и особенности описания (к вопросу о профессиональной компетентности учителя-дефектолога) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.asabliva.by/main.aspx?guid=3515>.
 138. Глухова Т. Г. Актуализация восприятия профессионального здоровья педагогов средствами арт-терапии : Дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07 / Татьяна Георгиевна Глухова. Самара, 2003. 181 с.
 139. Голяченко А. О. Основы медичної реабілітації. Тернопіль : Лілея, 2000. 120 с.
 140. Голяченко А. О. Соціально-медичні та економічні аспекти організації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Андрій Олександрович Голяченко. К., 2008. 36 с.
 141. Гончаренко С. У. Методика як наука. *Неперервна професійна освіта:*

теорія і практика. 2001. №2 (1). С. 86–95.

142. Гончаренко Л. О. Професіоналізація військової діяльності в сучасному суспільстві (соціально-філософський аналіз): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. філос. наук: 09.00.03 / Леонід Олександрович Гончаренко. Харків, 1998. 16 с.
143. Горбань О. М., Бахрушин В. Є. Основи теорії систем і системного аналізу : Навчальний посібник. Запоріжжя : ГУ «ЗІДМУ», 2004. 204 с.
144. Гордеева А. В. Реабилитационная педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей. М. : Академический проект; Королев: Парадигма, 2005. 320 с.
145. Горлинський В. В. Система соціально-моральної регуляції у Збройних Силах України: соціально-філософський аналіз : автореф. дис. канд. філос. наук : 09.00.03 / В. В. Горлинський. К., 2003. 18 с.
146. Гошовська В. А. Актуальні питання гуманітарної та соціальної політики в Збройних Силах України. *Наука і оборона*. 2004. №2. С. 7–13.
147. Грецов А. Г. Тренинг общения для подростков. СПб. : Питер, 2009. 160 с.
148. Грига І. М., Пінчук І. М., Семигіна Т. В. Соціальні служби – родині: розвиток нових підходів в Україні; ред. І.М. Григи, Т. В. Семигіної. К. : НУКМА, 2002. 128 с.
149. Гримак Л. П. Моделирование состояний человека в гипнозе. М. : Наука, 1978. 271 с.
150. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии. *Вопросы психологии*. 1994. № 5. С. 88–102.
151. Гришина А. В. Развитие творческой индивидуальности подростков средствами арт-терапии в учреждениях дополнительного образования : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Анна Викторовна Гришина. Волгоград, 2004. 186 с.
152. Гуревич П. С. Культурология. XX век. Энциклопедия [Электронный

- ресурс]. 1998. Режим доступа :
https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90
153. Дахин А. Н. Педагогическое моделирование: монография. Новосибирск : Изд-во НИПКиПРО, 2005. 230 с.
 154. Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М. : ЦИЭТИН, 1991. 135 с.
 155. Демидова А. В. Исследование систем управления : конспект. М. : Приор-издат, 2005. 92 с.
 156. 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.
 157. Динамічне психологічне вивчення особового складу : Методичні рекомендації командирам та офіцерам-психологам підрозділів. Випуск перший / В. О. Баношенко, Н. І. Копаниця, Е. С. Литвиненко, В. Є. Солодовніков. К. : СПЦ ЗСУ, 2009. 60 с.
 158. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: навч. посібник. К. : Академвидав, 2004. 352 с.
 159. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. *Охорона праці*. 2005. № 9. С. 41–44.
 160. Довбня С. О. Гра як історико-педагогічний феномен [Електронний ресурс]. *Збірник наукових праць*. Випуск 9. С. 245–249. – Режим доступу : http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=F&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21CNR=20&Z21ID=
 161. Докучаєва В. В. Теоретико-методологічні засади проектування інноваційних педагогічних систем : Дис... докт. пед. наук : 13.00.01 / Вікторія Вікторівна Докучаєва. Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ, 2007. 481 с.

162. Долинин В. А., Решетников Е. В. Реабилитация раненых и больных в системе их этапного лечения : Учебное пособие. Л. : ВМА, 1981. 180 с.
163. Донбас і Крим: ціна повернення : монографія / за заг. ред. В. П. Горбуліна, О. С. Власюка, Е. М. Лібанової, О. М. Ляшенко. К. : НІСД, 2015. 474 с.
164. Дремова Г. В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии : Автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Галина Викторовна Дремова. М., 1996. 23 с.
165. Дружинин В. Теоретическая типология моделей семьи. Психология семьи: уч. пособие. Самара : Изд. дом «Бахрах-М», 2002. 237 с.
166. Дуткевич Т. В., Савицька О. В. Практична психологія: вступ до спеціальності. 2-ге вид. К. : Центр учбов. літ., 2010. 256 с.
167. Евграфова И. Н. Социально-педагогическая поддержка семьи в трудной ситуации: автореф. дис. на соискание научн. степени канд. пед. наук: 13.00.02 / И. Н. Евграфова. М. : ИПСР РАО, 2001. 20 с.
168. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга. СПб. : Издательство «Речь», 2005. 256 с.
169. Евченко А., Финенко Ю. Семья и армія. *Ориентир*. 2001. № 4. С. 56–59.
170. Екстремальна психологія : підручник / О.П. Євсюков, А.С. Куфлієвський, Д.В. Лебєдєв та ін. За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. К. : Август Трейд, 2007. 502 с.
171. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 50–56.
172. Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України; головний редактор В. Г. Кремень. К. : Юрінком Інтер, 2008. 300 с.
173. Еувема М. Психосоціальний розвиток дітей та молоді. Пер. з англ. Р. Оуденховен, Р. Лейден. К. : «LHSI», 2016. 108 с.

174. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О.В. Безпалько. К. : Академвидав, 2013. С. 101–110.
175. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5–16.
176. Єрьоменко Е. Військово-патріотична програма та прикладний хортинг . *Фізичне виховання в рідній школі*. 2015. № 3. С. 25–29.
177. Єрьоменко Е. А. Навчальна програма гурткової (секційної) роботи «Хортинг» для учнів 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів : навч. вид. К. : Паливода А. В., 2012. 268 с.
178. 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.
179. Жизненная ёмкость лёгких [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.nedug.ru/library/%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%B5%D0%BC%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1
180. Жицька С. А. Ділові ігри як засіб підготовки курсантів вищих військових навчальних закладів до професійно-комунікативної діяльності [Електронний ресурс]. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»*. Серія : Філологія. Педагогіка: Зб. наукових праць. Київ, 2013. № 2. Режим доступу : http://journal.fl.kpi.ua/wp-content/uploads/2013/09/visnyk_2_nomer.pdf
181. За границей лечение прошли 36 бойцов АТО и 363 участника Евромайдана [Электронный ресурс] / Униан информационное агентство. 2017. 25 августа. Режим доступа : <https://www.unian.net/society/1019587->

za-granitsey-lechenie-proshli-36-boytsov-ato-i-363-uchastnika-evromaydana.html

182. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] / 07.05.2017. 705. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>
183. 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>
184. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. *Вісник*. 2016. Випуск № 3 (31). С. 26–33.
185. Захистити трудові права демобілізованих учасників АТО. – 27.11.2015 [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/zahystyty-trudovi-pravademobilizovanyh-uchasnykiv-ato.html>
186. Защита от стресса. Телесные технологии / М.Е. Сандомирский. 2-е изд. СПб. : Питер, 2008. 256 с.
187. Зборовский Э. И. Инвалидность в Республике Беларусь. *Реабилитация больных и инвалидов*. Минск, 1992. С. 31–32.
188. Зверєва І. Д. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І.Д. Зверєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.
189. Здоровицкий А. И. Социологическое обеспечение управления деятельностью специализированных медицинских учреждений по реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации : автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.08 / Александр Иванович Здоровицкий. Москва, 2007. 27 с.
190. Зельницька Н. Д. Статус військовослужбовця ЗС України: проблеми, шляхи вирішення. *Гуманітарний вісник Збройних Сил України*. 2005. №1. С. 98–105.
191. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии. СПб. : ООО Речь, 2000. 310 с.

192. Золотарева Т. В. Проблемы социально-психологической помощи жертвам террора: Учебное пособие. М. : МГСУ, 2002. 256 с.
193. Золотарьова Ж. М. Проблеми формування та впровадження мультидисциплінарного підходу в системі паліативної і хоспісної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2012. № 4 (54). С. 68–72.
194. Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях [Электронный ресурс]. *Развитие личности*. 2004. № 4. Режим доступа: <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>
195. Игровая семейная психотерапия / ред. Ч. Шефера, Л. Кэри. Москва-Санкт-Петербург-Харьков-Минск: «Питер», 2001. 384 с.
196. Изотова М. Х., Сорокин В. М. Эмоциональная сфера детей – жертв теракта. *Вестн. С.-Петербур. ун-та*. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 2/1. С. 216–220.
197. Исаев А. Б., Котенев И. О., Филиппов Н. М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований). *Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении*. М., 1989. С. 15–26.
198. Итак, что же такое гештальт-терапия и для чего она нужна? [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://kgu.org.ua/chto-takoe-geshtalt/>
199. Іващенко С. Н., Шахліна Л. Я., Лазарева О. Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова* 2016. Випуск 3 (72). С. 63–67.
200. Игры Незламных: в Украине пройдет соревнование военнослужащих и ветеранов [Электронный ресурс] / Ivona. Режим доступа : <http://ivona.bigmir.net/lifestyle/leisure/445212-Igry-Nesokrushimyyh--v-Ukraine-projdet-sorevnovanie-voennosluzhacshih-i-veteranov>

201. Інформація щодо призначення одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві [Електронний ресурс] / офіційний веб сайт Міністерства оборони України. – Режим доступу : [http://www.mil.gov.ua/ministry/aktualno/do-uvagi-vijskovosluzhbovcziv/informacziya-shhodo-priznachennya-odnorazovoi-groshovoi-dopomogi-u-razi-u-razi-zagibeli-\(smerti\)-invalidnosti-abo-chastkovoi-vtrati-praczezdtnosti.html](http://www.mil.gov.ua/ministry/aktualno/do-uvagi-vijskovosluzhbovcziv/informacziya-shhodo-priznachennya-odnorazovoi-groshovoi-dopomogi-u-razi-u-razi-zagibeli-(smerti)-invalidnosti-abo-chastkovoi-vtrati-praczezdtnosti.html)
202. Кабанов М. М. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М., 1980. 400 с.
203. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. Изд. 2-е, дополн. и перев. Л. : Медицина, 1987. 230 с.
204. Каденкова Е. А. Понятие «социальная реабилитация»: теоретический аспект. *Научные исследования: от теории к практике* : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 13 март 2016 г.) / редкол. : О. Н. Широков [и др.]. Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. № 1 (7). С. 135–138.
205. Калинин В. Л. Формирование комплексной модели социальной адаптации бывших военнослужащих и членов их семей к условиям гражданского социума: Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Калинин Вадим Львович. М., 2003. 205 с.
206. Калініна Л. А. Використання лялькотерапії як напряму арт-терапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку. *Наукові праці : науково-методичний журнал*. Серія : Педагогіка. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 25–30.
207. Калошин В. Ф., Вельбовець Н. В. Евристичні методи навчання. *Військова освіта*. 2003. № 12. С. 113–122.
208. Кальниш В. В., Пишинов Г. Ю., Варивончик Д. В. Актуальні проблеми

- психофізіологічного стану учасників бойових дій [Електронний ресурс]. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4/1 (41). С. 37–43.
209. Камаева О. В., Буракова З. Ф., Зычкова О. Б. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия. СПб, 2003. 40 с.
210. Каменков К. А., Федорова И. Л. Международные общества, занимающиеся вопросами реабилитации больных и инвалидов. М., 1994. 128 с.
211. Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 224 с.
212. Каністерапія [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.uamodna.com/articles/kanisterapiya/>
213. Каністерапія: собаки-терапевти лікують людей [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://vidpoviday.com/kanisterapiya-sobaki-terapevti-likuyut-lyudej>
214. Кант И. Основы метафизики нравственности. Собр. соч. в 6-ти т. Т. 4. Ч. 1.. М.: Мысль, 1965. С. 219–305.
215. Капська А. Й., Олексюк Н.С. Організаційно-педагогічне забезпечення позитивної життєдіяльності сім'ї військовослужбовця. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка*. Випуск 61. Серія: Педагогічні науки, Чернігів: ЧДПУ 2009. № 61. С. 6–11.
216. Караман О. Системний підхід як методологія дослідження соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в Україні [Електронний ресурс]. Випуск 107_1. Режим доступу : https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=YXWlWtzaEKuPmwXq_omQDw&q=2.%09%
217. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / Под ред. А. Г. Караяни, М. С. Полянского. М., 2003. 80 с.

218. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Практическое руководство. М. : Изд-во «Медицина», 1990. 576 с.
219. Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учебник для студ. мед. ВУЗов. 2-е изд. СПб. : Питер, 2002. 672 с.
220. Касавин И. Т. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. М. : Канон+ : Реабилитация, 2009. 1248 с.
221. Качан І. І. До питання про соціальний захист військовослужбовців. *Право військової сфери*. 2005. № 6 С. 16–18.
222. Киннер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. М. : Независимая фирма «Класс», 1993. 224 с.
223. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса : монография. М. : Наука, 1983. 372 с.
224. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны: Фронтовые наблюдения врача-психолога. М-во культуры РФ. Рос. ин-т культурологии. М., 2001. 80 с.
225. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследований, игр, дискуссии : анализ зарубежного опыта. М.; Рига : Пед. центр «Эксперимент», 1998. 176 с.
226. Клауд Г., Таунсенд Д. Дети : границы, границы... Пер. с англ. И. Стариковская. М. : Триада, 2001. 101 с.
227. Клиническая психология : словарь / Под ред. Н. Д. Твороговой. М. : ПЕР СЭ, 2007. 416 с.
228. Клир Дж. Системология. Автоматизация решения системных задач : пер. с англ. М. : Радио и связь, 1990. 544 с.
229. Ковальов С. В. Психологія сімейних стосунків. К. : Наука, 2001. 214 с.
230. Ковальчук О. П. Особливості прояву спонукальної складової професійної діяльності військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. *Проблеми сучасної психології* : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту 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.
231. Ковальчук О. П. Проектування уявлень про професійне майбутнє у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції засобами психологічного супроводу. *Психологічні перспективи*. Зб. наук. праць Волин. нац. ун-т. ім. Лесі Українки ; Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. 2015. Вип. 26. С. 157–167.
 232. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Педагогический словарь : для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. М. : Академия, 2005. 176 с.
 233. Козлова І. А. Семья военнослужащего в условиях реформирования армии: Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Козлова Илона Александровна. М. : РГБ, 2003. 172 с.
 234. Козьявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод проф. В. І. Козьявкіна) : Наукові розробки [Електронний ресурс] / За заг. ред. проф. В. І. Козьявкіна. Львів; Трускавець : Інститут проблем медичної реабілітації, 2001. Режим доступу : <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/41345/06-Kozijavkin.pdf>
 235. Кокур О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К. : Міленіум, 2004. 265 с.
 236. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
 237. Комплексы двигательных упражнений Фредерика Матиаса Александра [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://telo.by/bodytherapy/kompleksi_dvigatelnih_uprazhneniy/
 238. Кононенко Б. И. Большой толковый словарь по культурологии

- [Электронный ресурс]. 2003. Режим доступа : https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_culture/362/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90
239. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М. : Когито-Центр, 2014. 208 с.
 240. Копытин А. И. Основы арт-терапии. СПб. : Лань, 1999. 252 с.
 241. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. СПб. : Речь, 2003. 320 с.
 242. 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.
 243. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. М. : Медицина, 1978. 271 с.
 244. Корольов С. С. До питання соціальних проблем військовослужбовців на сучасному етапі переходу Збройних Сил України на контрактну основу. *Труди академії*. 2005. № 63. С. 89–94.
 245. Корчемный П. А. Психологическая подготовка личного состава Военно-Воздушных Сил к активным боевым действиям в условиях современной войны. М. : ВПА, 1990. 260 с.
 246. Кочубей А., Умарова Н. Азбука семьи, или Практика работы с семьями: учеб.-метод. пособие. Псков: ПОИПКРО, 2004. 152 с.
 247. Кошонько Г. А. Психологічні особливості становлення сімей майбутніх офіцерів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09 / Галина Аполлінаріївна Кошонько. Хмельницький, 2005. 20 с.
 248. Кравченко М. В. Основні проблеми соціального захисту учасників АТО. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 11–12. С. 36–43.
 249. Кравченко О. В. Впровадження соціально-психологічного тренінгу в умовах адаптації військовослужбовця до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. *Проблеми екстремальної та кризової*

- психології*. 2014. Вип. 15. С. 104–113.
250. Кравченко Т. Виховний потенціал сім'ї в сучасних умовах. *Соціальна психологія*. 2006. № 2 (16). С.142–150.
 251. Краевский В. В., Полонский В. М. Методология для педагога: теория и практика. Волгоград: Перемена, 2001. 324 с.
 252. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
 253. Крайнюк В. М. Теорія та практика психологічної допомоги. К. : НАОУ, 2003. 158 с.
 254. 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.
 255. Краткий психологический словарь / сост. Л. А. Карпенко ; под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. Ростов н/Д : Феникс, 1998. 512 с.
 256. Креймер Д., Запорожець О. Психологічні засади травматерапії сімей учасників бойових дій. *Вісник*. 2016. № 3 (31). С. 43–47.
 257. Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. СПб. : Речь, 2005. 240 с.
 258. Куликова Т. А. Семейная педагогика и домашнее воспитание. М., 2000. 232 с.
 259. Кушнір В. А. Системний аналіз педагогічного процесу: методологічний аспект. Кіровоград: Видавничий центр КДПУ, 2001. 348 с.
 260. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллин : ВАЛГУС, 1980. 334 с.
 261. Лавренюк В. Психологічна і медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві? *Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня»* [Електронний ресурс]. Випуск № 30–31 (19 серпня–1 вересня). Режим доступу : <https://dt.ua/gazeta/issue/1118>

262. Лазебная Е. О., Зеленова М. В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. *Психологический журнал*. 1999. № 5. С. 62–74.
263. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*. Том I. Випуск 45. 2016. С. 120–127.
264. Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. 431 с.
265. Лебедева Л. Д. Педагогические основы арт-терапии в образовании учителя : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Людмила Дмитриевна Лебедева. М., 2003. 426 с.
266. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб. : Речь, 2003. 256 с.
267. 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 : Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького, 2008. 22 с.
268. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервово-психічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *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.
269. Лефтеров В. О. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. *Психологія і суспільство*. 2012. № 2. С. 91–107.
270. Лефтеров В. О. Психотренінгові технології в органах внутрішніх справ. – Т. 2. Психотренінг в ОВС: практичний досвід, організація проведення та перспективи подальшого впровадження: монографія. Донецьк :

- ДЮІ, 2008. 286 с.
271. Лебедева С. Ю., Овсяннікова Я. О., Поляков І. О., Титаренко Д. С. Сучасні проблеми впровадження психотренінгових технологій у діяльність МНС. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Харків : УЦЗУ, 2008. Вип. 5. С. 95–100.
 272. Липский И. А. Семьи военнослужащих: социальные аспекты *Материалы Второго Российского конгресса «Мир семьи»*. Ч. 2. М. : Фонд «Мир семьи», 2001. С. 85–86.
 273. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та демобілізованих. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : Логос, 2015. Вип. 11. С. 34–51.
 274. Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В., Снедков Е. В., Ростовцев Г. А. Значение психического фактора в патогенезе и клинике боевой хирургической травмы. *Военно-медицинский журнал*. 1996. № 4. С. 27–34.
 275. Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Афанасенко В. С. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: навч. посіб. Х. :ХВУ, 1999. 148 с.
 276. Луковцева З. В., Кулажина Д. Р. Актуальные проблемы профилактики жестокого обращения с детьми [Электронный ресурс]. *Психология и право*. 2013. № 3. Режим доступа : URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63794.shtml>
 277. Люшер М. Цветовой тест Люшера. М. : АСТ : Сова, 2006. 192 с.
 278. Ляудис В. Я. Проблемы и задачи психологии компьютерного обучения. Психологические проблемы создания и использования ЭВМ. М. : МГУ, 1985. С. 33–38.
 279. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у

- центрах ранньої соціальної реабілітації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : 13.00.05 / Валерій Іванович Ляшенко. Херсон : Херсонський державний університет, 2005. 19 с.
280. Мазур Е. С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения. *Московский психотерапевтический журнал*. 1994. № 3. С. 81–92.
 281. Макаревич О. П. Психологічна підготовка особистості до поведінки в складних ситуаціях: Навч.-метод. посіб. К. : ВГІ НАОУ, 2000. 188 с.
 282. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : дис...д-ра псих. наук : 19.00.03 / Анатолий Геннадьевич Маклаков. СПб, 1996. 395 с.
 283. Маклаков А. Г., Черемянин С. В., Шустов Е. Б. Проблема прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов. *Психологический журнал*. 1998. Т. 19. № 2. С. 98–102.
 284. Маклаков А. Г., Чермянин С. В., Шустов Е. Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов. *Психологический журнал*. 1998. № 2. С. 15–26.
 285. Маклаков А. Г. Психология и педагогика. Военная психология. СПб. : Питер, 2004. 464 с.
 286. Макшанов С. И. Психология тренинга: Теория. Методология. Практика: монография. СПб. : Образование, 1997. 238 с.
 287. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия. Справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. 960 с.
 288. Манілов І. Ф. Психотерапевтична конфронтаційна сугестія: базові положення. *Актуальні проблеми психології*: Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. К. : Логос, 2015. Вип. 11. С. 170–185.
 289. Материалы о методе Фельденкрайза [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://feldy.ru/>

290. Матеріали світової конференції фізичної терапії. Основні положення. Опис фізичної терапії (Частина 1). *Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації*. Львів, 2011. С. 1–2.
291. Медицинская реабилитация раненых и больных [Электронный ресурс] / Под редакцией проф. Ю. Н. Шанина. СПб : Специальная литература, 1997. — Режим доступа: http://www.psichology.vuzlib.su/book_o499_page_20.html
292. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 402 с.
293. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Випуск 28. С. 176–185.
294. Мельничук І. М. Особливості застосування інтерактивних ігор у вищому навчальному закладі [Електронний ресурс] *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2010. № 4. Режим доступу : https://www.google.com.ua/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&ei=zQvNWq3yCafB6QT_mb-
295. Методичні рекомендації щодо соціально-психологічної адаптації демобілізованих учасників антитерористичної операції (АТО) та їх сімей [Електронний ресурс]. Режим доступу : https://www.google.com.ua/search?rlz=1C1GCEA_enUA806UA806&ei=V31tW8nNN6Kp6AScuKaoDQ&q=219.%09%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%
296. Миланов А., Борисова И. Хатха-йога за всички. София : Медицина и физкультура, 1973. 160 с.
297. Мисюра В. Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих [Электронный ресурс]. М. : Издание академии, 1995. Режим доступа : <http://www.studfiles.ru/preview/4019954/page:5/>

298. 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.
299. Морально-психологічне забезпечення підготовки та ведення бойових дій : Навч.-метод. посіб., вид. II, доп., у двох частинах: частина I / Є.Ю. Литвиновський, О.І. Попович, В.І. Савінцев, В.В. Стасюк. К. : ВГІ НАОУ, 2002. 207 с.
300. Морзе Н. В. Методика навчання інформатики : навч. посіб. : у 3 ч.; за ред. акад. М. І. Жалдака. К. : Навчальна книга, 2004. Ч. 1 : Загальна методика навчання інформатики. 256 с.
301. Мороз Л. І. Професійно-психологічний тренінг у становленні особистості фахівця (на прикладі працівників ОВС): монографія. Івано-Франківськ: ЗАТ «Наддвірнянська друкарня», 2007. 312 с.
302. Мошков В. П. Лечебная физкультура и трудотерапия о комплексном лечении раненых и больных. *Сборник трудов эвакогоспиталя № 2993*. М. : Медгиз, 1947. С. 80–81.
303. Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Методические рекомендации. Л., 1978. 14 с.
304. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. М. : Изд-во Озон, 2012. 409 с.
305. На Донбасі за час АТО загинули понад 1,5 тис українських військових [Електронний ресурс]. Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain>
306. Наказ Міністерства інфраструктури України № 595 від 24.11.2014 «Про затвердження Порядку з організації фізичної підготовки військовослужбовців у Державній спеціальній службі транспорту» [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1593-14>
307. Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних

- Силах України» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>
308. 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>
309. 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>
310. Наказ Міністерства соціальної політики України № 568 від 26.12.2011 р. «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12>
311. 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>
312. Наказ Міністра оборони України № 291 від 22.07.2004 р. «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України» [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/vWWWGroupParam1/new_law?OpenDocument&Start=2879&Count=1000&ExpandView&Seq=149
313. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности. Ереван : Изд-во АН Армянской ССР, 1988. 69 с.

314. Невмержицький В. М. Особливості професійно-психологічного відбору військовослужбовців до діяльності в особливих умовах. *Вісник Національного університету оборони України імені Івана Черняховського*. 2014. Вип. 2 (39). С. 269–273.
315. Невмержицький В. М. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців миротворчих підрозділів. К. : РОСА, 2006. 78 с.
316. Невмержицький В. М. Психологічні аспекти військово-професійного відбору в сучасних умовах. *Вісник Національного університету оборони України імені Івана Черняховського*. Вип. 1 (38). 2014. С. 270–275.
317. Невмержицький В. М. Психологічні детермінанти адаптації військовослужбовців строкової служби до особливих умов діяльності: дис. канд. псих. наук : 19.00.07 / Володимир Максимович Невмержицький; Військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України К. : ВГІ НАОУ, 2002. 231 с.
318. Немов Р. С. Основы психологического консультирования. М. : Владос, 1999. 528 с.
319. Никольская И. М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2012. № 5 (16). Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru>
320. Новая философская энциклопедия : В 4 тт. [Электронный ресурс] / Под ред. В. С. Стёпина. М. : Мысль, 2001. Режим доступа : https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90
321. Новейший философский словарь / сост. А. А. Грицанов. Минск : В. М. Скакун, 1998. 896 с.
322. Новиков В. С. Психофизиологическая основа боевой деятельности военнослужащих. *Военно-медицинский журнал*. 1996. № 4. С. 13–18.
323. Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред.

- проф. С. Н. Мосолова. М. : Бинوم. 2002. 624 с.
324. Нормативно-правові документи з питань організації соціальної роботи з сім'ями та особами, які опинилися в складних життєвих обставинах. Тернопіль, 2009. 60 с.
 325. Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога. М., 2001. 478 с.
 326. Озерянський А. А., Швець А. В., Лук'янчук І. А. Дизадаптаційний синдром у військовослужбовців українського миротворчого контингенту. *Наука і оборона*. 2006. №3 С.43–49.
 327. Оконь В. Введение в общую дидактику; пер. с польск. М. : Высшая школа, 1990. 229 с.
 328. Олексюк Н. С., Капська А. Й. Вплив ресурсного забезпечення на соціально-педагогічну роботу з сім'єю військовослужбовців. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. Випуск 11. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. С. 68–76.
 329. Олексюк Н. С. Зміст та особливості соціально-педагогічної підтримки сімей військовослужбовців Збройних Сил України. *Наукові записки*. Серія «Психолого-педагогічні науки». Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2009. № 6. Частина I. С. 88–92.
 330. Олексюк Н. С. Основні ресурси соціального супроводу сімей військовослужбовців в умовах реформування Збройних Сил України. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Серія : Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 18. С. 154–162.
 331. Олексюк Н. С. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія : Педагогічні науки, 2016 №6 (303) жовтень, 2016. Частина III. С. 40–47.

332. Олексюк Н. С. Соціально-педагогічна робота з сім'ями військовослужбовців в умовах реформування Збройних Сил України [монографія]. Київ: Видавничий дім «Слово», 2011. 304 с.
333. ООН: На Донбасі загинуло більше 6 тисяч осіб [Електронний ресурс]. Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain/233183/>
334. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–45 гг. Том 26. Нервные болезни (Особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны) / Ефим Смирнов. М. : Медгиз, 1949. 312 с.
335. Організаційно-методичні засади здійснення комплексної реабілітації учнів (вихованців) у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах. *Інформаційний збірник Міністерства освіти і науки України*. 2009. № 30. С. 26–32.
336. Орлов А. Б. Толерантность [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.krugosvet.ru/>.
337. Орлов Ю. М., Гройсман А. Л. Целительное рисование. Психотерапия для себя. М. :Импринт-Гольфстрим, 1997. 27 с.
338. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К. : Центр учбової літератури, 2009. 472 с.
339. Осипов Г. В. Социология. Основы общей теории : учеб. для вузов. М. : Норма, 2003. 912 с.
340. Осипова А. А. Введение в теорию психокоррекции. М. : Московский психолого-социальный институт; Воронеж : Издательство НПО Модэк, 2000. 320 с.
341. 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.
342. Основы педагогики высшей школы / Л. Л. ТОВАЖНЯНСКИЙ, О. Г. Романовский, В. В. Бондаренко, О. С. Пономарев, З. О. Черванева. Харків : НТУ «ХПИ», 2005. 600 с.

343. Основы социальной реабилитации и профориентации: учебное пособие / О. В. Трошин, Е. В. Жулина, В. А. Кудрявцева. М. : ТЦ Сфера, 2005. 384 с.
344. Осьодло В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям: досвід армію Ізраїлю. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю. К. : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2016. С. 63–65.
345. Папкин А. И. Личная безопасность сотрудников органов внутренних дел. Тактика и психология безопасной деятельности. М., 1996. 269 с.
346. Парыгин Б. Д. Социальная психология. СПб. : 1999. 592 с.
347. Парыгин Д. Н. Педагогика здоровья. М., 1992. 64 с.
348. Пахальян В. Э. Групповой психологический тренинг: Учебное пособие. СПб. : Питер, 2006. 224 с.
349. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах: Навчально-методичний посібник / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко. Львів: АСВ, 2014. 140 с.
350. Петко Л. Современные методы арт-терапии в организации работы психолога по сплочению воинских коллективов [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rumy_articleart-therap/
351. Петровская Л. А. Компетентность в общении : социально-психологический тренинг. М., 1989. 216 с.
352. Пеша І. В. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями. Державний центр соціальних служб для молоді Державного комітету України у справах сім'ї та молоді Головне управління виховної роботи Міністерства оборони України ; упоряд. Пеша І. В. К., 2003. 335 с.
353. Пикельная В. С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект): дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Валерия Семёновна Пикельная. Кривой Рог, 1993. 374 с.

354. Піонтківська Н. І., Фломін Ю. В., Самосюк Н. І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту. *Международный неврологический журнал*. 2012. № 8 (54). С. 98–101.
355. Пісочна терапія в роботі з дошкільниками / Упоряд. Л. А. Шик, Н. І. Дикань, О. М. Гладченко, Ю. М. Черкасова. Харків : Вид. група «Основа», 2010. 127 с.
356. Повернення із зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО [Електронний ресурс]. За ред. Т. М. Майстренко, переклад з англ. О. Л. Масик. 35 с. – Режим доступу : <https://informnapalm.org/wp-content/uploads/2014/12/Povernennya-iz-zony-bojovyh-dij.pdf>
357. Повстян Л. А. Возможности арт-терапии в коррекционно-развивающей работе с социальными сиротами, имеющими нарушения психического развития на доназологическом уровне : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.04 / Людмила Александровна Повстян. Томск, 2004. 176 с.
358. Подласый И. П. Педагогика. М. : Просвещение: ВЛАДОС, 1996. 432 с.
359. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. М. : Высш. шк., 2004. 512 с.
360. Поляков С. Ю. Ігрове навчання як спосіб підвищення і розвитку творчих здібностей курсантів вищих військових навчальних закладів. *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2012. № 3 (9). С. 189–193.
361. Пономаренко В. А. Теоретические и экспериментальные данные о профилактике безопасности полета. М. : Изд-во «Когито-центр», 2014. 104 с.
362. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *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.

363. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (На материале землетрясения в Ленинакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : Автореф. дисс. канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Евгеньевич Попов. М., 1992. 27 с.
364. Постанова Верховної Ради України Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» від 25 листопада 2015 року № 827-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/827-19>
365. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 3 грудня 2009 р. «Питання медико-соціальної експертизи» [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>
366. Постанова Кабінету Міністрів України № 416 від 10 вересня 2014 р. «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/416-2014-%D0%BF>
367. Потапчук Є. М. Психопрофілактика міжособистісних конфліктів у сім'ях військовослужбовців прикордонних військ: дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Потапчук Євген Михайлович. Хмельницький, 1998. 172 с.
368. Правові та соціальні проблеми військовослужбовців і вимушених переселенців [Електронний ресурс] / Міжнародний фонд Відродження. Режим доступу : http://www.irf.ua/allevvents/news/pravovi_problemy_vijskovykh/
369. Проблемы военной психологии. Хрестоматия. Минск, 2003. 198 с.
370. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979–1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. М. : Институт социологии, 1995. 139 с.
371. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навч.-метод. посіб. / А. М. Романишин, Т. М. Мацевко, О. С. Капінус «та ін.».

Львів: НАСВ, 2017. 159 с.

372. Пряжников Н. С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения : учебно-методическое пособие. Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2003. 400 с.
373. Психологическая подготовка личного состава подразделений Сухопутных войск к бою. М. : ЦВСППИ, 1993. 189 с.
374. Психологический словарь / авт.-сост. : В. Н. Коропулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева. Ростов н/Д : Феникс, 2004. 640 с.
375. Психологический словарь / В. В. Давыдов и др. М. : Педагогика, 1996. 440 с.
376. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А. А. Бодалева. М. : Изд-во «Когито-Центр», 2011. 600 с.
377. Психология экстремальных ситуаций. Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. 2-е изд. М.: Психологический ин-т РАО, 2008. 304 с.
378. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М. : Политиздат, 1990. 494 с.
379. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О. М.Кокун, Н. А.Агаєв, І.О.Пішко, Н.С.Лозінська, В.В.Остапчук. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
380. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. К. : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. 132 с.
381. Психологічний словник [Електронний ресурс] / Авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова / За ред. Н. А. Побірченко. Режим доступу: http://elibrary.kubg.edu.ua/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf
382. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб, 2001. 752 с.
383. Психотерапия – что это? Современные представления / Под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона / Пер. с англ. Л. С. Каганова. М. : Независимая фирма Класс, 2000. 432 с.
384. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта : Пер. с

- нем. М. : Мир, 2000. 656 с.
385. Пузиков В. Г. Технология ведения тренинга / В. Г. Пузиков. СПб. : Речь, 2007. 224 с.
 386. Пушкарёв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.
 387. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава*. 2012. № 3. С. 103–106.
 388. Разумцев О. Соціальні аспекти реформування армії: духовний стан українських офіцерів. *Національна безпека і оборона*. 2000. № 2. С. 40–48.
 389. Резолюция Российской арт-терапевтической ассоциации (16 мая 2009 г.) // Исцеляющее искусство : Международный журнал арт-терапии. 2009. Т. 12. № 1. С. 9–11.
 390. Робак В. До питання про організацію та проведення експериментального педагогічного дослідження. *Гуманітарний вісник: зб. наук. праць*. Львів: Льв. держ. фін.-економ. інститут, 2003. С. 85–91.
 391. Розвиток стресостійкості як профілактика «професійного згоряння» на державній службі : методичний посібник / Укладачі: С. П. Мальована, І. Г. Родченко. Донецьк : Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій Донецької обласної державної адміністрації, 2004. 25 с.
 392. Розенберг М. Язык жизни. Ненасильственное общение. М. : Изд-во София, 2009. 169 с.
 393. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 359-р від 31 березня 2015 р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників

- антитерористичної операції» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>
394. Романин А. Н. Основы психотерапии : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Издательский центр Академия, 1999. 208 с.
 395. Романишин А. М., Кожевніков В. М. Проблеми психологічного забезпечення підготовки майбутніх офіцерів. *Військова освіта*: Зб. наук. праць Національного університету оборони України. 2013. № 1 (27). С. 185–192.
 396. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2011. 720 с.
 397. Рудестам К. Групповая психотерапия : психокоррекционные группы : теория и практика. 2-е издание. Москва : Прогресс, 1993. 368 с.
 398. Румянцева Г. М., Табачников С. И., Качалов В. П. Медико-психологическая помощь при экстремальных ситуациях. *Актуальные вопросы медицинского обеспечения пораженных на этапах медицинской эвакуации*. Казань, 1989. №4.1. С. 63–64.
 399. Савин Ю. В. Социальная работа в воинской среде: сущность, перспективы, резервы. *Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт*. Т.1. Москва-Тула, 1993. С. 292–300.
 400. Садовский В. Н. Основания общей теории систем: логико-методологический аспект. М. : Наука, 1974. 311 с.
 401. Сакович Н. А. Технология игры в песок. Игры на мосту. СПб. : Речь, 2006. 176 с.
 402. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности : Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. / Под ред. В. А. Ядова. М. : ЦСПиМ, 2013. 376 с.
 403. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Телесные технологии. 2-е изд. СПб. : Питер, 2008. 256 с.
 404. Сарджвеладзе Н. Травма и психологическая помощь; за ред. З. Беберашвили и др. М. : Смысл, 2007. 179 с.

405. Сатир В. Как строить себя и свою семью. М. : Педагогика-Пресс, 1992. 199 с.
406. Сатир В. Психотерапия семьи. М.: Речь, 2001. 284 с.
407. Свядощ А. М. Психотерапия: пособие для врачей. СПб. : Питер, 2000. 288 с.
408. Селиванов В. С. Основы общей педагогики : теория и методика воспитания : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений; под ред. В. А. Сластенина. М. : Академия, 2002. 336 с.
409. Селье Г. Стресс без дистресса [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://lib.ru/PSIHO/SELYE/distree.txt>
410. Семиченко В. А., Заслуженюк В. С. Мистецтво взаєморозуміння. Психологія та педагогіка сімейного спілкування. К. : «Веселка», 1998. 214 с.
411. Семиченко В. А. Психические состояния. К. : Магистр – S, 1998. 207 с.
412. Семке В. Я. Умейте властвовать собой, или беседы о здоровой и больной личности. Новосибирск : Наука, 1991. 194 с.
413. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* : науковий журнал. Харків: ХОВНОКУ. ХДАДМ, 2010. № 4. С. 128–132.
414. 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.
415. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2003. 68 с.
416. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб. : Питер, 2002. 368 с.
417. Системная семейная психотерапия : Классика и современность / Сост.

- и науч. ред. А. В. Черников. М. : Класс, 2005. 400 с.
418. Ситников А. П. Акмеологический тренинг: Теория. Методика. Психология. М. : Технол. шк. бизнеса, 1996. 428 с.
 419. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник. 3-тє видання. К. : Алерта, 2012. 524 с.
 420. Скоков А. А. Формы и методы работы отделения выздоравливающих . *Сборник трудов эвакогоспиталя № 2943 и института неврологии АМН СССР за время Великой Отечественной войны 1941–45 гг.* М. : Медгиз, 1947. С. 71–72.
 421. Скрипкін О. Г. Перспективний тренінг з профілактики професійних страхів у офіцерів льотного складу. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. 5 (36). С. 289–294.
 422. Словарь практического психолога [Электронный ресурс] / Под ред. С. Ю. Головина. М. : АСТ, Харвест, 1998. 800 с. Режим доступа : <https://psychology.academic.ru/1010/%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0>
 423. Смілянєць О. Корекція девіантної поведінки підлітків засобами арт-терапії [Електронний ресурс]. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*; за ред. академіка С. Д. Максименка. К., 2009. Режим доступу: <http://vuzlib.com/content/view/944/94/>
 424. Смотров В. А., Симарова А. В., Томашевский Н. И., Нечаев С. В. Профессиональная подготовка студентов-реабилитологов [Электронный ресурс]. Режим доступа : www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=REF&P21DBN=REF&Z21ID=&Image_file_name=/articles/2006//06svatsr.zip&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1
 425. Соловьев С. А. Арт-терапия в системе комплексной психологической реабилитации семьи, пострадавшей в локальном военном конфликте [Электронный ресурс]. *Международный научно-исследовательский*

- журнал*. 2012. Выпуск 4 (4). С. 48–51. Режим доступа: <https://research-journal.org/psychology/art-terapiya-v-sisteme-kompleksnoj-psi/>
426. Сорока К. О. Основи теорії систем і системного аналізу : Навч. посібник. ХНАМГ, 2004. 291 с.
 427. Сорока О. В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Ольга Вікторівна Сорока. Тернопіль, 2016. 534 с.
 428. Сорока О. В. Формування управлінської компетентності майбутніх фахівців соціальної сфери засобами тренінгу. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету* : зб. наук. праць. Серія «Педагогічні науки». Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 241–246.
 429. Сохань Л. В. Становлення Збройних Сил України: соціальні та соціально-психологічні проблеми. К. : Інтерграфік, 1994. 79 с.
 430. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої К. : Центр навч. літератури, 2008. 336 с.
 431. Соціальна педагогіка: Підручник. 5-те вид. виправ. та доп. / За ред. проф. А. Й. Капської. К. : Центр учбової літератури, 2011. 488 с.
 432. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; За заг. ред. : І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.
 433. Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах: методичний посібник / І. Д. Зверєва та ін. К. : Держсоцслужба, 2006. 104 с.
 434. Соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах: Методичний посібник / І. Д. Зверєва та ін. К. : Держсоцслужба, 2006. 104 с.

435. Соціально-педагогічна робота з проблемними сім'ями: навчально-методичний посібник / Капська А. Й., Олексюк Н. С., Калаур С. М., Фалинська З. З. Тернопіль: Астон, 2010. 304 с.
436. Соціально-психологічне вивчення, прогнозування і корекція поведінки військовослужбовця / Вітер В. І., Доленко Ю. М., Охрименко О. Р. К. : Вид-во НДМЦ МО України, 1994. 80 с.
437. Стержнев В. В. Индивидуальный подход в воспитании воинов. М. : Воениздат, 1978. 160 с.
438. Стеценко С. Військовослужбовці в місцях постійної дислокації не мають умов для нормального життя [Електронний ресурс]. Главком. Режим доступу : <https://glavcom.ua/news/viyskovosluzhbovci-v-miscyah-postiynoji-dislokaciji-ne-mayut-umov-dlya-normalnogo-zhittya-410434.html>
439. Стеченко Д. М., Чмир О. С. Методологія наукових досліджень: Підручник. К. : Знання, 2007. 317 с.
440. Столин В. В. Самосознание личности. М., 1983. 243 с.
441. Сурмяк Ю., Кудрик Л. Соціально-психологічна допомога учасникам бойових дій у подоланні посттравматичного стресового розладу. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2015. № 3. С. 123–134.
442. Съедин С. И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия участия в боевых действиях. М., 1992. 167 с.
443. Танцевально-двигательная терапия : зб. наук. статей / А. Старк, К. Хендрикс ; пер. с англ. И. Бирюковой. Ярославль, 1994. 274 с.
444. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
445. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход : Автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Надежда Владимировна Тарабрина. СПб., 2008. 40 с.
446. Теория и практика деятельности социальных работников и их подготовка в системе высшей школы. Материалы международного семинара, г. Москва, 1994. М., 1995. С. 27–28.

447. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В. І. Пасічник, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, І. І. Приходько та ін. Х. : Акад. ВВ МВС України, 2010. 354 с.
448. 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.
449. Техники семейной терапии. С. Минухин, Ч. Фишман. М. : Независимая фирма «Класс», 1998. 296 с.
450. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции. Х. : ХВУ, 1995. 182 с.
451. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: [монографія]. Х. : Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
452. Тихоненко А. А., Бергельсон Л. А. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. *Вопросы психологии*. 1981. № 4. С. 91–102.
453. Толкнен Д. Р. О волшебных историях. *Сильмариллион* : сборник. М. : АСТ ; СПб. : Terra Fantastika, 2000. С. 419–497.
454. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс]. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія : Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 230–233. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_
455. Торохтий В. С. Психолого-педагогическое обеспечение социальной работы с семьей военнослужащего: дис. ... доктора пед. наук: 13.00.06 / Торохтий Владимир Свиридович. М., 2003. 420 с.
456. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: Навчально-методичний посібник. Вінниця: ТОВ Віндрук. 2004. 102 с.

457. Требін М. П. Армія та суспільство: соціально-філософський аналіз взаємодії в умовах трансформації: монографія. Харків: Видавничий Дім «ІНЖЕК», 2004. 404 с.
458. Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Основы социальной реабилитации и профориентации: учеб. пособ. М. : Сфера, 2005. 384 с.
459. Трубавіна І. М. Соціально-педагогічна робота з сім'єю в Україні: теорія та методика : монографія. Харків : «Нове слово», 2007. 395 с.
460. Тураходжаев А. М., Киндрас Г. П. Влияние посттравматического стрессового расстройства на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1992. № 1. С. 33–36.
461. Туринцева Е. А. Факторы динамики развития семьи военнослужащего: конфликтность и толерантность. *Успехи современного естествознания*. 2008. № 10. С. 65–66.
462. Туркевич К. М., Лившиц С. М., Зимовский Б. Ф. Лечение «контуженных» в армейском районе. *Советская психиатрия в годы ВОВ*. Л. : Изд. Ленингр. НИИ им. В.М.Бехтерева, 1985. С. 89–95.
463. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи. К. : Кондор, 2011. 626 с.
464. Удинцов Е. И. Социально-гигиенические аспекты инвалидности. М. : Медицина, 1985. 125 с.
465. 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>
466. 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>

467. Уроки зменшення шкоди : Навчальний посібник [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.aidslessons.org.ua/ua/uroki/ii-uroven/117-urok-7-etichni-normi-roboti-sotsialnogo-pratsivnika.html?start=7>
468. 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.
469. Федоренко О. І. Використання ділових ігор при вивченні правових дисциплін у процесі підготовки майбутніх правоохоронців до професійної діяльності. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. 4 (41). С. 129–134.
470. Философский энциклопедический словарь / гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов. М. : Сов. энцикл., 1983. 840 с.
471. Философский энциклопедический словарь [Электронный ресурс], 2010. Режим доступа : https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/411/%D0%98%D0%93%D0%A0%D0%90
472. Фисун А. Я., Щегольков А. М., Юдин В. Е. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития. *Воен. мед. журнал*. 2009. Т. 330. № 8. С. 11–15.
473. Форсова В. В. Семья кадрового военнослужащего. *Альтернативы социальных преобразований в российском обществе в 1991-1994 гг.* : Резюме научных отчетов по исследовательским проектам, выполненным в рамках общеинститутской программы. М. : ИСПАН, 1995. С. 127–129.
474. Фримен Д. Техники семейної терапії. СПб. : Питер, 2001. 384 с.
475. Фролов М. Б. Исследование состояний открытых систем: динамический подход. *Методическое и техническое обеспечение психофизиологического эксперимента*. М. : Наука, 1993. С. 3–13.

476. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Основы групповой психотерапии. 2004. 165 с.
477. Харченко С. Я., Кратінов М. С., Ваховський Л. Ц., Кратінова В. О., Песоцька О. П., Караман О. Л. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: науково-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи. Луганськ: «Альма-матер», 2003. 198 с.
478. Хатха-йога полезна для здоровья тела и ума [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://lifegid.com/bok/1911-hatha-yoga-polezna-dlya-zdorovya-tela-i-uma.html>
479. Холман А. М. Методы оценки семьи. Инструментарий для понимания и интервенций / пер. с англ. И. Лобач. Запорожье: ЗНУ Детский Христианский фонд, 2000. 81 с.
480. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация : учеб. пособие для студ. вузов по спец. «Социальная работа». 3-е изд. М. : Изд.-торговая корпорация «Дашков и К.», 2005. 339 с.
481. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами. М. : Дашков и К, 2006. 240 с.
482. Холостова Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник для бакалавров. Москва : Юрайт, 2012. 905 с.
483. Чистякова М. И. Психогимнастика / Под ред. М.И. Буянова. 2-е изд. М. : Просвещение: ВЛАДОС, 1995. 160 с.
484. Шапран Ю. Педагогічне моделювання у процесі формування професійної компетентності майбутнього вчителя біології. *Рідна школа*. 2012. № 12 (грудень). С. 39–43.
485. Шарафиева Л. Р. Дары природы: практика эко-арт-терапии по трансформации личностных барьеров в ресурсы развития [Электронный ресурс]. *Альманах «АРТ&Терапия»*. 2017. (9) май. Режим доступа: <https://www.b17.ru/blog/63845/>
486. Швейцер А. Упадок и возрождение культуры. М. : Прометей. 1993. 512

с.

487. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: монографія. К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.
488. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету* : Серія соціально-педагогічна. 2006. Випуск VI. С. 337–342.
489. Шевченко В. В., Руденко А. А. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського*. Серія : Психологічні науки. 2014. Вип. 2.12. С. 239–243.
490. Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А. Дослідження системи оцінок лікарів відносно терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю. *Український вісник психоневрології*. 2008. Том 16, вип. 2 (55). С. 74–76.
491. Шестопалова Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу. *Український вісник психоневрології*. 2007. Т. 15, вип. 1 (50), додаток. С. 249–254.
492. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навч. посіб. Полтава : АСМІ, 2006. 328 с.
493. Щедровицкий Г. П., Котельников С. И. Организационно-деятельностная игра как новая форма организации и метод развития коллективной мыследеятельности. *Нововведения в организациях*. М. : ВНИСИ, 1983. С. 33–53.
494. Щедровицкий Г. П. Структурный анализ и моделирование сложных систем. В кн. : Проблемы исследования систем и структур. М. : Мысль, 1965. С. 15–22.
495. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи /

- Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. 4-е изд. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
496. Энциклопедия социологии [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/socio/4285/%D0%A2%D0%A0%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%9D%D0%93>
 497. Яблонська Т. М. Актуальні проблеми досліджень сучасної сім'ї в Україні. *Український соціум*. 2004. № 2 (4). С. 80 – 84.
 498. Ягупов В. В. Військова дидактика : навч. посіб. К. : ВПЦ Київський університет, 2000. 399 с.
 499. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія. К. : ВПЦ Київський університет, 2000. 522 с.
 500. Ягупов В. В. Військове виховання: історія, теорія та методика / Ягупов В.В., Єрохін С. Г., Кожедуб О. В. та ін. К., 2002. 560 с.
 501. Якубова Л. Структурно-функціональна модель соціальної реабілітації осіб, що повернулись із зони АТО. *Молодь і ринок*. 2017. № 5 (148). С. 50–54.
 502. Якушкин Н. В. Психологическая помощь воинам—«афганцам» в Реабилитационном Центре Республики Беларусь. *Психологический журнал*. 1996. Т. 17. № 5. С. 102–105.
 503. Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans. *Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration*, 2011 – November.
 504. Bove A. A., Oxler S. J. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm. *Military Medicine*. 1995. № 8. pp. 391–395.
 505. Bredemeier Greenblat. Educational Effectiveness of Simulation Games II *Simulation and Games*, 1981. V.12. № 3. pp. 251–332.
 506. Bryndikov Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants, *Social Work and Education*. 2017, Vol. 4, No 1., P. 112–118.
 507. Burne D. (ed.) *Communication Games*. English Language Teaching Institute

- : The British Council. May, 1978.
508. Calhoun L. G., & Tedeschi R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L.G. Calhoun, & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
 509. Cannon W. B. *The wisdom of the body*. N. Y. : W. W. Norton, 1932. 312 p.
 510. Carrie H. Kennedy, Eric A. Zillmer. *Military Psychology*. 2006. P. 142.
 511. Christopher M. A. A broader view of trauma : a biopsychosocial – evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology review*. 2006. Vol. 24. pp. 75–98.
 512. Deirdre J. Knapp, Trueman R. Tremble. Concurrent Validation of Experimental Army Enlisted Personnel Selection and Classification Measures. 2007. pp. 207–209.
 513. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington : Amer. Psychiatr. Ass., 1994. 886 p.
 514. Dorfman E. Play therapy In C.R Rogers (Ed) *Client – centered therapy*. Boston : Houghton Mifflin, 1951. 348 p.
 515. EMDR-терапия (14 важных вопросов вокруг ДПДГ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.traumatherapy.com.ua/content/emdr-terapiya-14-vazhnyh-voprosov-vokrug-dpdg>
 516. Gambardella L. Role-exit theory and marital discord following extended military deployment. *Perspectives in Psychiatric*, 2008 Care, 44, 3, pp. 169–174.
 517. Girlasu-Dimitriu O. *Tehnici psihoterapeutice*. Editura: VICTOR, Bucuresti, 2004. 207 p.
 518. Green B. et al. Posttraumatic Stress Disorder. Toward DSM-IV. *Journal of Neuros and Mental Disease*, 1985. Vol. 173, No. 7. pp. 406–411.
 519. Grinker R., Spigel I. *War neuroses*. Philadelphia. Toronto, 1945. P. 114.

520. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress – Philadelphia, 1945. pp. 86–106, 210.
521. Hall D. P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy. *Military Medicine*. 1996. № 3. pp. 159–162.
522. Heimkehr mit dem Trauma (aktualisiert 09.11.10): [Электронный ресурс] / Markus Decker. Режим доступа: <http://www.mz-web.de/servlet/ContentServer?pagename=ksta/page&atype=ksArtikel&aid=1289206270323&calledPageId=987490165154>
523. Hlous N. Psychologische Aspekte im Einsatz. *Truppendienst*. 2001. № 6. S. 547–550.
524. 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.
525. International Handbook of Occupational Therapy Interventions. Ed. by Söderback Ingrid. Springer, 2009. 553 p.
526. Joseph S., Linley P.A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 2004. Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.
527. Joseph S., Linley P.A. Growth following adversity: Theoretical perspectives an implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 2006 pp. 1041–1053.
528. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. N. Y., 1941.
529. Kishbaugh D., Dillingham T. Howard R.. Amputee soldiers and their return to active duty. *Military Medicine*. 1995. № 2. pp. 82–84.
530. Knight C., & Gitterman A. Group Work with Bereaved Individuals: The Power of Mutual Aid. *Social Work*, 2014. 59(1). pp. 5–12.
531. Kovacs M., Kovacs E., Heaedus K. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hunaary. [Electronic resource] // Croat. Med. J. 2010. Vol. 51(5). – pp. 432–442. Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.aov/pmc/articles/PMC2969138/> - Title from a screen.

532. Kozijavkin Volodymyr, Kachmar Oleh. Rehabilitation with the Ease of a Game. *Cerebral Palsy Magazine*, September 2004. pp. 30–34.
533. Laufer R. S. War Trauma and Human Development: The Viet Nam Experience II Sonnenberg, S.M., Blank, A.S., Talbott, J.A. *The Trauma of War: Stress and Recoverie in Viet Nam Veterans*. Washington, 1985. pp. 33–55.
534. Lazarus R. S., Launier S. Stress – related transactions between person and environment. *Perspectives in interactional psychology*. N.Y. : Plenum, 1978. pp. 287–327.
535. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986. 150 s.
536. Lifton R. J. Advocacy and Corruption in the Healing Profession II Stress Disorders Among Vietnam Veterans II Ed. by C. R. Figley. 1978. № V.
537. Lishman J. Communication in Social Work. BASW. London The Mac Millan press Lta, 1994. pp. 8–26.
538. Margalit Ch., Rabinovich S., Erion T., Solomon Z., Ribak J. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach. *Military Medicine*. 1994. № 5. pp. 415–418.
539. May R. The meanings af anxiety. N. Y. : Pokec Bocks, 1978. 423 p.
540. Morales A., Sheafar B. Social Work : A Profession of Many Faces. Boston, Ets. 1980. pp. 12–18.
541. Papadopoulos R. K. Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Plac e Like Home*. London : Karnac, 2002. (Tavistock Clinic Series). 356 p.
542. Paul T. Bartone, Robert R. Roland, JamesJ. Picanoand Thomas J. Williams. Psychological Hardiness Predicts Success in Special Forces Candidates. *International Journal of Selection and Assessment*. 2008. pp. 24–40.
543. Puzicha K., Hansen D., Weber W. Psychologie für Einsatz und Notfall. Bonn: Bernard &Graeve Verlag, 2001. 528 s.

544. 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.
545. Rosenberg Marschall B. Umgang mit Angriffen von aggressiven Gesprächspartnern [Electronic resource]. Available at: <http://arbeitsblaetter.stangl6taller.at>
546. Salmon T. W. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army. *Mental Hygiene*. 1917; 1:509–547.
547. Sheppard S., Malatras, J., & Israel, A. The impact of deployment on U.S. military families. *American Psychologist*, 2010. 65 6, 599-609. DOI: 10.1037/a0020332.
548. Skurfield R. M. Post-trauma stress Assessment and Treatment Overview and Formulations. Figley C. R. *Trauma and Its Wake*, Washington, 1985. pp. 263–291.
549. Sories F., Maier C., Beer A., & Thomas V. Addressing the Needs of Military Children Through Family-Based Play Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 2015. 37(3). pp. 209–220. doi:10.1007/s10591-015-9342-x
550. Sullivan K. An Application of Family Stress Theory to Clinical Work with Military Families and Other Vulnerable Populations. *Clinical Social Work Journal*, 2015. 43(1). pp. 89–97. doi:10.1007/s10615-014-0500-7
551. Susan B., Sullivan O, Thomas J. *Physical rehabilitation: assessment and Treatment*. Schmitz. Philadelphia F. A. Davis Company, 1994. 748 p.
552. Tedeschi R. G., & Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004. 15. pp. 1–18.

- 553. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II. Eur. J of Palliative Care. 2010. Vol. 17 (1). pp. 22–33.
- 554. Williams C. M., T. Williams. Family Therapy of Viet Nam Veterans. *The Trauma of War*. Ed. by S. Sonnenberg. Washington, 1985. pp. 196–199, pp. 206–208.
- 555. 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.
- 556. War Zone Stress Among Returning Persian Gulf Troops: A Preliminary Report. – Department of Veteran Affairs, 1991. pp. 1–11.

ДОДАТКИ

Додаток А

Соціальна політика у сфері соціального захисту та реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій на місцевому рівні

(приклад м. Хмельницького)

[узагальнено автором]

Сучасна Україна характеризується системною суспільною кризою, якій передували економічна напруга, відчутна різниця між номінальним та реальним доходом населення, різке зниження платоспроможності українців, майнове розшарування, ріст кримінальних правопорушень, девіантні прояви, протистояння нових морально-етичних норм та цінностей старим, погіршення демографічної ситуації, бездіяльність політичних сил у вирішенні питання соціальної захищеності осіб, які перебувають у кризовому становищі та потребують підтримки для подолання складних життєвих обставин.

Український соціум охарактеризувався зубожінням населення та хиткістю таких суспільно значимих галузей як освіта, медицина, культура внаслідок проблемного фінансування. Похідною даної проблеми стала поява соціально незахищених категорій населення, серед яких можна назвати дітей-сиріт, матерів-одиначок, людей молодого віку, пенсіонерів, людей з обмеженими функціональними можливостями, алко- та нарко-хворих, осіб з діагнозом ВІЛ/СНІД, біженців тощо.

Нещодавно до чималого переліку соціально незахищених категорій людей додалась ще одна – учасники антитерористичної операції та члени їх сімей. Учасники бойових дій нерідко потребують протезування, забезпечення житлом, санаторно-курортне лікування, вирішення питання соціальної, професійної адаптації та матеріальне забезпечення.

Увесь перелік потреб військовослужбовців-учасників бойових дій та їх родин повинен забезпечуватись через посередництво діяльності уряду в аспекті впровадження соціальної політики, яке здійснюється шляхом

виконання урядових програм та планів обласними, місцевими адміністраціями та їх структурними підрозділами у наступних сферах:

- система охорони здоров'я;
- освіта;
- зайнятість населення;
- житлова політика;
- система соціального забезпечення.

Отже, метою даного дослідження є висвітлення змісту поняття «соціальна політика», аналіз нормативно-правових актів, що гарантують захист та забезпечення соціальних гарантій учасникам АТО та їхнім родинам. Дослідження передбачає висвітлення стану реалізації соціальної політики на загальнодержавному рівні, її впровадження через посередництво виконання урядових планів та програм на місцевому рівні, зокрема органами виконавчої влади м. Хмельницького.

Обговорюючи сутність соціальної політики, ми [1] акцентуємо увагу на забезпеченні вроджених та набутих потреб людини, які полягають у відтворенні людей, в їжі, диханні, русі, одязі, житлі, відпочинку; у безпеці свого існування, впевненості у завтрашньому дні, стабільності суспільства, гарантованості праці; у належності до колективу, групи чи спільноти, у спілкуванні, турботі про інших та увазі до себе, в участі у спільній трудовій діяльності; у повазі з боку інших, їх визнанні та високій оцінці своїх якостей, у службовому зростанні і високому статусі в суспільстві; у самовираженні, у самореалізації (або самоактуалізації), тобто в діяльному прояві себе як самостійної, оригінальної, творчої особистості; потребі в нових знаннях про навколишній світ, в самопізнанні, залученні до наук, мистецтв тощо.

Забезпечення людських потреб здійснюється шляхом виконання заходів, програм та планів, передбачених урядом України з метою реалізації соціальної політики на всіх щаблях державної влади. Саме втілення соціальної політики робить нашу державу соціальною, що передбачає гарантії соціальних прав людини [2] (табл. 1)

Таблиця 1. Соціальні права людини в Конституції України

№	Стаття	Зміст
1	Ст. 1	Україна є суверенна і незалежна, демократична, соціальна, правова держава
2	Ст. 3	Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність
3	Ст. 17	Держава забезпечує соціальний захист громадян України, які перебувають на службі у Збройних Силах України та в інших військових формуваннях, а також членів їхніх сімей
4	Ст. 21	Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права та свободи людини є невідчужуваними та непорушними
5	Ст. 22	Конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасованими. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав та свобод
6	Ст. 23	Кожна людина має право на вільний розвиток своєї особистості, якщо при цьому не порушуються права і свободи інших людей, та має обов'язки перед суспільством, в якому забезпечується вільний і всебічний розвиток її особистості
7	Ст. 24	Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними та іншими ознаками
8	Ст. 43	Кожен має право на належні, безпечні та здорові умови праці
9	Ст. 46	Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та інших випадках, передбачених законом
10	Ст. 47	Кожен має право на житло. Держава створює умови, за яких кожен громадянин матиме змогу побудувати житло, придбати його у власність або взяти в оренду
11	Ст. 48	Кожен має право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло
12	Ст. 49	Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування
13	Ст. 51	Батьки зобов'язані утримувати дітей до повноліття. Повнолітні діти зобов'язані піклуватись про своїх непрацездатних батьків
14	Ст. 52	Утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, покладається на державу
15	Ст. 53	Кожен має право на освіту. Повна загальна освіта є обов'язковою. Держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти в державних та комунальних навчальних закладах

Таким чином, перелік конституційних прав пояснює нам соціальне забезпечення громадян як комплекс заходів спрямованих на підтримку та розвиток усіх сфер життя українців, таких необхідних для їхньої повноцінної соціалізації.

Зауважено, що соціальна політика є системою програм, заходів та служб, спрямованих на досягнення соціальних цілей. Виконання урядових програм та заходів відбувається відповідно до чинного законодавства, спрямованого на регулювання соціального захисту учасників антитерористичної операції та їхніх родин. У систему законодавчого регулювання соціального захисту учасників АТО входять наступні закони України [3]: «Про боротьбу з тероризмом», «Про військовий обов'язок та військову службу», «Про збройні сили України», «Про національну гвардію України», «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про оздоровлення та відпочинок дітей» (з відповідними змінами щодо оздоровлення дітей учасників АТО), «Про охорону дитинства», «Про вищу освіту» (дані закони гарантують державну цільову підтримку для здобуття професійно-технічної та вищої освіти в державних та комунальних навчальних закладах дітям учасників бойових дій, учасникам антитерористичної операції), «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист», «Про поліпшення матеріального становища учасників бойових дій та інвалідів війни», «Про державні гарантії соціального захисту військовослужбовців, які звільняються зі служби у зв'язку з реформуванням Збройних сил України, та членів їх сімей», «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

Зазначені законодавчі акти передбачають спеціальні права військовослужбовців-учасників бойових дій, зокрема тих комбатантів, що отримали інвалідність під час виконання професійних обов'язків, для їх подальшої інтеграції у соціум, а саме:

- право на медичну допомогу (безкоштовно або на пільгових умовах) та медичну реабілітацію;
- право на освіту;
- право на матеріальне забезпечення;

- право на соціально-побутове обслуговування;
- право на санаторно-курортне лікування;
- право на транспортне обслуговування;
- право на створення громадських об'єднань;
- право на забезпечення безперешкодного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури;
- право на забезпечення безперешкодного доступу до інформації за допомогою засобів комунікації [4].

При впровадженні соціальної політики, важливу регулятивну функцію здійснюють підзаконні нормативно-правові акти, які видані на основі закону, відповідно до закону і спрямовані на його виконання з конкретизацією законодавчих приписів або встановлення первинних норм. Підзаконні акти володіють необхідною юридичною силою. До таких нормативно-правових документів належать укази Президента України («Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 лютого 2015 року «Про заходи щодо створення належної матеріально-технічної бази для лікування, реабілітації, та оздоровлення військовослужбовців та інших осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, а також учасників бойових дій та інвалідів війни»), нормативні акти міністерств та інших центральних органів виконавчої влади (наказ Міністерства внутрішніх справ України «Про затвердження Інструкції про порядок та умови виплати винагороди особам рядового і начальницького складу служби цивільного захисту за безпосередню участь в антитерористичній операції, інших заходах в умовах особливого періоду»; наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Положення про експертну групу з розгляду документів щодо протезування та/або ортезування учасників антитерористичної операції, які втратили функціональні можливості кінцівок»; наказ Міністерства інфраструктури «Про затвердження Інструкції про порядок та розміри виплати винагороди

військовослужбовцям Державної спеціальної служби транспорту за безпосередню участь у воєнних конфліктах чи антитерористичній операції, інших заходах в умовах особливого періоду»), акти Кабінету Міністрів України («Про затвердження Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення», «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок», «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції (крім військовослужбовців, звільнених у запас або відставку)», «Про затвердження порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням», «Про утворення Міжвідомчого координаційного центру соціально-трудової реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції»), нормативні акти місцевих органів виконавчої влади (Програма соціальних виплат у Львівській області на 2015-2019 рр. дітям військовослужбовців, добровольців, волонтерів які загинули під час участі в антитерористичній операції або померли внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, отриманих у зоні АТО. Зокрема розпорядження Київського міського голови В. Кличко [5] від 12.11.2014 року № 398 «Про окремі питання координації діяльності із підтримки киян, які беруть участь в антитерористичній операції у східних областях України, та переміщених з тимчасово окупованої території і зони проведення антитерористичної операції осіб»; від 11.11.2014 року № 397 «Про

утворення робочої групи з опрацювання питання соціального захисту у сфері житлового забезпечення киян-учасників антитерористичної операції та сімей киян, які загинули під час проведення антитерористичної операції на сході України»; від 12.11.2014 року № 1323 «Про комісію з вирішення питань надання допомоги киянам-учасникам антитерористичної операції»; від 23.10.2014 року № 1190 «Про відведення секторів для почесних поховань загиблих (померлих) учасників антитерористичної операції на кладовищах міста Києва»; від 03.09.2014 року «Про утворення Координаційної ради з питань підтримки киян, які беруть участь у антитерористичній операції у східних областях України та тимчасово переміщених, із зони антитерористичної операції, осіб». Рішення восьмої сесії Хмельницької міської ради від 21.09.2016 року № 56 «Про затвердження «Програми соціальної підтримки учасників АТО та членів їх сімей на 2016-2017 рр.» [6], рішення двадцятої сесії Хмельницької міської ради від 31.01.2018 року № 82 «Про затвердження «Програми соціальної підтримки учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей на 2018 – 2020 рр.» [7]).

Розглядаючи у дослідженні питання реалізації соціальної політики у сфері соціального захисту учасників антитерористичної операції та їх родин на місцевому рівні, опираючись на досвід та практику законодавчих та виконавчих органів державної влади м. Хмельницького, зосередимо увагу на висвітленні змісту та виконанні «Програми соціальної підтримки учасників АТО та членів їх сімей на 2016-2017 рр.» та «Програми соціальної підтримки учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей на 2018 – 2020 рр.».

Зважаючи на збройний конфлікт на східних рубежах нашої держави, появи нової категорії населення України – учасники АТО та їх родини, які перебувають у складних життєвих обставинах, виникає необхідність надання додаткових соціальних гарантій учасникам антитерористичної операції, членам їх сімей, членам сімей загиблих або померлих осіб, які брали участь в

АТО, зокрема в аспекті покращення фінансово-матеріального стану даної категорії.

Опираючись на звіт начальника управління праці та соціального захисту населення Хмельницької міської ради Вороніцького С.І. про хід виконання «Програми соціальної підтримки учасників АТО та членів їх сімей на 2016-2017 рр.», можемо стверджувати, що дана програма є комплексом заходів, які реалізуються з метою надання соціальних, медичних, психологічних та юридичних послуг громадянам – учасникам антитерористичної операції на сході України, членів їх сімей, у тому числі членів сімей загиблих учасників АТО, які перебувають у скрутному соціально-психологічному становищі і потребують допомоги.

Отже, комплексність та багатовекторність даної програми засвідчує пряме дотримання усіх норм та завдань соціальної політики, таких як забезпечення чіткого функціонування всієї системи соціально-політичних інститутів, які являються суб'єктами такої політики; формування оптимального співвідношення та підтримання необхідних пропорцій між ними; здійснення координації узгоджувальної діяльності різних елементів системи, усвідомленої спрямованості їх зусиль; спрямування різних форм, засобів, заходів, методів на одержання очікуваних результатів [8]; створення умов реалізації соціального потенціалу людини; перетворення соціальних чинників на одну з домінант з економічного зростання; посилення адресності підтримки соціально незахищених верств населення тощо [9].

Дана Програма спрямована на розв'язання найважливіших проблем та поєднання зусиль наступних суб'єктів соціальної політики: органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств, організацій, установ різних форм власності, одним з векторів діяльності яких є поглиблення соціального захисту, адаптації, спільна координація наявних ресурсів для забезпечення соціальних гарантій учасників АТО, членів їх сімей, сприяння виявлення поваги до комбатантів та створення світлого образу учасника бойових дій-захисника Батьківщини.

Виконання Програми законодавчо регламентується такими законодавчими актами як Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», постанов і розпоряджень КМУ щодо соціального захисту сімей загиблих учасників АТО, інвалідів війни, поранених учасників АТО та вшанування пам'яті загиблих.

Отже, оперуючи статистичними даними, необхідно зауважити, що в Єдиному державному реєстрі осіб, що мають право на пільги перебуває дві тисячі сімсот тридцять чотири особи, які мають пільговий статус, пов'язаний з антитерористичною операцією, з них: 2615 осіб – учасники бойових дій, 48 осіб – інваліди війни, 82 особи – члени сімей загиблих, 3 особи – учасники війни.

З метою виконання Програми проводиться відшкодування пільг за житлово-комунальні послуги (у розмірі 50%) членам сімей загиблих (померлих) учасників АТО, які на даний час зареєстровані та проживають у м. Хмельницькому. Таким чином, у 2016 році 46 осіб отримали пільги на загальну суму вісім тисяч п'ятсот гривень, у 2017 році 82 особи – п'ятдесят вісім тисяч триста сорок гривень. Зокрема, у 2016 році 1003 особи отримали звільнення від сплати за послуги з утримання будинків і споруд та прибудинкових територій на загальну суму 428,20 тис. грн. Матеріальну допомогу у розмірі 1098,90 тис. грн. було надано у 2016 році 994 учасникам АТО, у 2017 році 1415 осіб отримали відповідно 1352,40 тис. грн. Потрібно зазначити, що протягом 2016-2017 років було здійснено відшкодування коштів за встановлення лічильників об'ємних витрат газу 9 сім'ям учасників АТО та 5 сім'ям загиблих учасників антитерористичної операції.

Соціальна політика є неоднозначним поняттям, що пов'язане із рядом урядових програм та заходів, які спрямовані на покращення системи зайнятості населення, житлової політики, системи освіти, соціального забезпечення та охорони здоров'я. Останній напрямок теж висвітлюється у Програмі шляхом інформування про проведення обов'язкових медичних

оглядів демобілізованих учасників АТО у кількості 678 осіб. Проведено диспансерний огляд комбатантів, оглянуто комплексно понад 400 хмельничан зазначеної категорії. За медичною допомогою до лікувальних закладів міста Хмельницького звернулись 9 учасників АТО, з них 4 особи, що отримали поранення у зоні антитерористичної операції, 6 осіб із захворюваннями, які виникли під час перебування в зоні АТО, двох військовослужбовців-учасників бойових дій госпіталізовано.

Протягом 2016 р. здійснено зубопротезування 19 військовослужбовцям-учасникам бойових дій на суму у 124 тисячі гривень, у 2017 році проведено зубопротезування 38 учасникам АТО на загальну суму 173 тисячі гривень в рамках Програми з використанням сучасних матеріалів. За 2 роки стоматологічну допомогу отримали більш, ніж 180 учасників бойових дій. Протягом 2016-17 рр. сурдологом було оглянуто 47 учасників бойових дій. Працівниками амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я проведено медичний відбір на санаторно-курортне лікування та оформлено відповідну документацію 99 учасникам АТО.

Оздоровлено в дитячих таборах 257 дітей, батьки яких загинули, дістали поранення, контузію або каліцтва, приймаючи участь у бойових діях на Сході України. Здійснюється постійний психолого-педагогічний супровід дітей шкільного віку з сімей учасників АТО. Безоплатним харчуванням забезпечено 1038 учнів загальноосвітніх навчальних закладів та 463 вихованці дошкільних навчальних закладів.

Забезпечено звільнення від сплати за навчання в початкових спеціалізованих мистецьких навчальних закладах 71 дитину загиблих військовослужбовців-учасників бойових дій на Сході України, а також 21 дитину із сімей, які переміщені з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції, на що використано з міського бюджету сорок шість тисяч гривень.

Головними суб'єктами соціальної політики, як стверджує автор навчального посібника «Соціальна політика» П. Шевчук [10], є люди,

держава, суспільство, політичні партії, громадські організації, які мають неоднакові можливості, глибину, способи та засоби впливу на об'єкти соціального буття, характеризуються різною юридичною та економічною діяльністю, але всі вони мають спільний вектор соціального забезпечення та підтримки осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах. У звіті по Програмі доведено дійсність цього твердження висвітленням діяльності ряду організацій та установ, серед яких вирізняються Рекреаційний центр «Берег надії», міський Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; Хмельницький міський центр зайнятості, «Хмельницький міський спортивно-технічний клуб ДТСААФ», автошкола ОСТК ТСУ тощо.

Рекреаційним центром «Берег надії» здійснюється психологічна реабілітація учасників АТО та членів їх сімей: у 2017 році оздоровлено 86 дітей учасників бойових дій, у осінньо-зимовий період відбулось 2 заїзди учасників АТО – 48 осіб. Центром надається послуга іпотерапії, відвідувачі мають змогу користуватись тренажерними та комп'ютерними залами, здійснювати велосипедні екскурсії, насолоджуватись профілактичним масажем та кисневими коктейлями.

Щодо діяльності Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, то необхідно зосередити увагу на візитах фахівців Центру з метою визначення потреб військовослужбовців-учасників бойових дій та їх сімей для подолання складних життєвих обставин. За 2016-2017 роки було складено 200 соціальних паспортів потреб учасника АТО, здійснено оцінку потреб, надано психологічну, юридичну, гуманітарну допомогу сім'ям загиблих воїнів-визволителів.

Через посередництво діяльності Хмельницького міського Центру зайнятості зі 141 учасника АТО, які перебувають на обліку, працевлаштовані 24 особи, у тому числі, 4 особи заснували підприємницьку діяльність за сприяння служби зайнятості, отримавши одноразову виплату допомоги по безробіттю. Перераховуючи здобутки Центру зайнятості, зауважимо, що 12 осіб пройшли професійне навчання за професіями електрогазозварник,

охоронець та відновили професійні навички після тривалої перерви в роботі шляхом стажування на виробництві, 1 особа брала участь у громадських роботах.

За результатами проведеного тендеру, укладено договори про навчання учасників АТО у двох хмельницьких автошколах: ПП «Хмельницький міський спортивно-технічний клуб ДТСААФ» за адресою вул. Березнева, 3, у якому освітніми послугами було охоплено 64 особи, та автошкола ОСТК ТСУ (вул. Кам'янецька, 96) навчала 84 особи.

Шість громадських організацій, що опікуються учасниками антитерористичної операції та їх сім'ями, отримали у 2017 р. з міського бюджету сто двадцять три тисячі гривень.

Діти учасників бойових дій постійно являються активними учасниками різних заходів. Зокрема, за 2016-2017 роки у загальноміських заходах (новорічні та різдвяні свята, День матері, Міжнародний День захисту дітей, акція «Бібліотечне місто», заходи до Дня міста) було задіяно близько тисячі дітей.

Організовано безкоштовне відвідування програм гастролуючих цирків та атракціонів луна-парків для 350 дітей учасників бойових дій, що загинули та дітей із сімей, які переміщені з тимчасово окупованих територій та районів проведення антитерористичної операції.

Відповідно до рішення шістнадцятої сесії Хмельницької міської ради від 12.07.2017 року № 14 «Про затвердження Порядку забезпечення 50% оплати навчання у вищих навчальних закладах м. Хмельницького для учасників АТО, які перебувають на обліку в Єдиному державному автоматизованому реєстрі осіб, які мають право на пільги та зареєстровані в місті Хмельницькому» проведено 50% оплату за навчання для 35 студентів міста на суму 70 тисяч гривень [11].

Здійснено розподіл субвенції з державного бюджету на будівництво (придбання) житла для 11 сімей загиблих військовослужбовців, які боронили східні рубежі неньки України. На поліпшення житлово-побутових умов

комбатантам I-II груп інвалідності витрачено сім мільйонів гривень (фінанси виділено 11 сім'ям на придбання квартир).

Здійснюється розробка проектів землеустрою щодо відведення земельних ділянок для будівництва і обслуговування житлового будинку, господарських будівель і споруд для 11 учасників АТО та 3 членів сімей загиблих воїнів загальною площею 9200 м²; для будівництва індивідуальних гаражів 33 учасникам бойових дій та членів сімей загиблих комбатантів загальною площею 756 м².

Прийнято рішення про затвердження проектів землеустрою щодо відведення земельних ділянок та надання земельних ділянок у власність для будівництва і обслуговування житлового будинку, господарських будівель та споруд для 27 бійців загальною площею 16200 м², для будівництва індивідуальних гаражів 71 учаснику АТО загальною площею 1728 м². 219 осіб зазначених категорій поставлено на чергу по наданню земельних ділянок для будівництва та обслуговування житлового будинку, господарських будівель та споруд.

Крім того, встановлюються меморіальні дошки у закладах освіти, надгробки на могилах воїнів, що полягли, відстоюючи честь та гідність своєї держави. 50 учасників АТО нагороджено Почесною відзнакою «Воля та мужність» [12].

Ми бачимо здійснення чималої роботи із вшанування та гарантування соціально-правового захисту учасників бойових дій та їх сімей виконавчим комітетом Хмельницької міської ради та його структурними підрозділами. Хмельницька міська влада й надалі планує плідно працювати із залученням до співпраці організацій та установ різних форм власності для забезпечення соціальної підтримки вище зазначених категорій населення. Свідченням перспективної роботи є рішення двадцятої сесії «Про затвердження «Програми соціальної підтримки учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей на 2018-2020 рр.».

Програмою передбачається реалізація комплексу взаємопов'язаних завдань та заходів, що спрямовані на вирішення нагальних проблем, поєднання зусиль усіх суб'єктів соціальної політики для поглиблення соціального захисту, адаптації, спільної координації наявних ресурсів для забезпечення соціальних гарантій учасників антитерористичної операції, членів їх сімей; створення у суспільстві атмосфери підтримки та поваги до членів сімей загиблих та учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей.

У результаті завдань та заходів Програми (табл. 2) очікується досягнення певних зрушень у реалізації соціальної політики в місті, охоплення чималої кількості учасників АТО, Революції Гідності та членів їх сімей заходами соціальної адаптації та соціально-психологічної підтримки через дотримання державних соціальних гарантій, а також впровадження нових форм адресної допомоги.

Табл. 2 Завдання та заходи щодо виконання Програми соціальної підтримки учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей на 2018-2020 роки

№ з/п	Зміст заходу	Відповідальні виконавці	Джерело фінансування	Орієнтований обсяг фінансування, тис. грн.		
				2018 р.	2019 р.	2020 р.
1.	Відшкодування пільг за житлово-комунальні послуги (у розмірі 50%) членам сімей загиблих учасників АТО, учасників Революції Гідності, які на даний час зареєстровані та проживають в м. Хмельницьку	Управління праці та соціального захисту	Міський бюджет	396,72	455,0	525,0
2.	Звільнення учасників АТО, членів сімей загиблих під час участі в АТО від сплати за послуги з утримання будинків і споруд та прибудинкових територій (незалежно від загальної площі житла з врахуванням наявних пільг)	Управління праці та соціального захисту	Міський бюджет	640,73	735,0	845,0

3.	Надання одноразової матеріальної допомоги учасникам антитерористичної операції, учасникам Революції Гідності, членам їх сімей та членам сімей загиблих таких осіб	Управління праці та соціального захисту	Міський бюджет	1000,0	1700,0	1800,0
4.	Відшкодування коштів за встановлення лічильників обліку спожитої води та об'ємної витрати газу учасникам АТО, учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих таких осіб	Управління праці та соціального захисту	Міський бюджет	100,0	120,0	150,0
5.	Формування реєстру учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей	Управління праці та соціального захисту населення, управління охорони здоров'я, управління освіти	—	—	—	—
6.	Забезпечення щорічного проведення профілактичних оглядів учасникам АТО, учасникам Революції Гідності та медикаментозне забезпечення	Управління охорони здоров'я	Міський бюджет	150,0	150,0	200,0
7.	Забезпечення учасників АТО, учасників Революції Гідності пільговим зубопротезуванням з використанням сучасних матеріалів (за винятком протезування з дорогоцінних металів) та слухопротезуванням	Управління охорони здоров'я	Міський бюджет	400,0	400,0	400,0
8.	Надання планової стоматологічної допомоги з використанням сучасних матеріалів демобілізованим учасникам АТО, учасникам Революції Гідності	Управління охорони здоров'я	Міський бюджет	200,0	200,0	200,0

Продовження табл. 2

9.	Визначення потреби та забезпечення постраждалих учасників АТО, учасників Революції Гідності санаторно-курортним лікуванням	Управління праці та соціального захисту населення, управління охорони здоров'я	Державний бюджет	—	—	—
10.	Визначення потреби та забезпечення постраждалих учасників АТО, учасників Революції Гідності технічними та іншими засобами реабілітації	Управління праці та соціального захисту населення, управління охорони здоров'я	Державний бюджет	—	—	—
11.	Здійснення заходів щодо психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО, учасників Революції Гідності	Управління праці та соціального захисту населення	—	—	—	—
12.	Проведення екскурсій для учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей по історичним місцям області	Управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	40,0	50,0	60,0
13.	Розширення спектру надання соціальних послуг в рекреаційному центрі сімейного типу по відновленню здоров'я дітей-інвалідів та інших груп населення з обмеженими можливостями «Берег надії» з метою реабілітації учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей	Управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	—	—	—
14.	Забезпечення оздоровленням дітей, батьки яких загинули, дістали поранення, контузію або каліцтво під час участі в АТО або під час масових акцій громадянського протесту	Управління освіти, управління молоді та спорту, управління охорони здоров'я	Міський бюджет	528,0	561,0	594,0

Продовження табл. 2

15.	Забезпечення учасників АТО, учасників Революції Гідності безоплатним доступом до спортивних споруд, залів для організації тренувального процесу та занять спортом	Управління молоді та спорту	—	—	—	—
16.	Залучення учасників АТО до участі у міських змаганнях з різних видів спорту	Управління молоді та спорту	—	—	—	—
17.	Оформлення соціального паспорту потреб учасників АТО, учасників Революції Гідності (за особистим зверненням в міський Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) з метою визначення видів соціальної допомоги та надання комплексу соціальних послуг	Міський Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	—	—	—	—
18.	Надання соціальних послуг та здійснення соціального супроводу учасників АТО, Революції Гідності з метою подолання (мінімізації) складних життєвих обставин, у тому числі проведення психологічної роботи	Міський Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	—	—	—	—
19.	Надання соціально-побутових послуг самотнім пенсіонерам, які є членами сімей загиблих осіб, що брали участь в АТО або під час масових акцій громадянського протесту та опинились у складних життєвих обставинах (відповідно до діючого законодавства)	Міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг)	—	—	—	—
20.	Сприяти демобілізованим військовослужбовцям-учасникам АТО, учасникам Революції Гідності у працевлаштуванні у т. ч. шляхом професійного навчання на замовлення роботодавців ЄСВ та працевлаштування безробітних з числа учасників бойових дій	Міський центр зайнятості	—	—	—	—

Продовження табл. 2

21.	Надання безоплатної первинної правової допомоги учасникам бойових дій АТО, учасникам Революції Гідності та членам їх сімей	Виконавчі органи міської ради	—	—	—	—
22.	Надання фінансової підтримки громадським організаціям, які опікуються учасниками АТО, учасниками Революції Гідності та членами сімей загиблих	Управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	200,0	200,0	250,0
23.	Проведення культурно-мистецьких заходів для учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів сімей загиблих таких осіб	Управління праці та соціального захисту населення, управління культури і туризму	Міський бюджет	200,0	200,0	250,0
24.	Організація соціальної та професійної адаптації учасників АТО, учасників Революції Гідності згідно Постанови КМУ від 21 червня 2017 р. № 432	управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	500,0	575,0	590,0
25.	Виділення житла учасникам АТО, учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих осіб відповідно до вимог чинного законодавства	Відділ обліку та розподілу житлової площі	—	—	—	—
26.	Здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей з сімей учасників АТО, учасників Революції Гідності у закладах освіти	Департамент освіти та науки	—	—	—	—
27.	Забезпечення безоплатним харчуванням у закладах загальної середньої освіти дітей, батьки яких загинули під час участі в АТО, батьки яких є учасниками АТО або брали участь у АТО, із сімей учасників Революції Гідності, які отримали ушкодження здоров'я, із сімей загиблих під час участі в Революції Гідності	Департамент освіти та науки	Міський бюджет	3354,6	3596,1	3811,9

Продовження табл. 2

28.	Забезпечення безоплатним харчуванням у закладах дошкільної освіти дітей, батьки яких загинули під час участі в АТО, батьки яких є учасниками АТО або брали участь у АТО, із сімей учасників Революції Гідності, які отримали ушкодження здоров'я, із сімей загиблих під час участі в Революції Гідності	Департамент освіти та науки	Міський бюджет	2708,9	2903,9	3078,2
29.	Влаштування в дошкільні навчальні заклади дітей, батьки яких учасники АТО, учасники Революції Гідності або загинули (померли) під час участі в АТО, участі в Революції Гідності	Департамент освіти і науки	—	—	—	—
30.	Залучення дітей учасників АТО, учасників Революції Гідності до загальнооміських заходів	Управління культури і туризму, управління освіти, управління молоді та спорту	Міський бюджет	10,0	15,0	20,0
31.	Забезпечення звільнення від сплати за навчання в початкових спеціалізованих мистецьких навчальних закладах дітей із сімей загиблих під час участі в АТО, дітей із сімей, які переміщені з тимчасово окупованої території та районів проведення АТО	Управління культури і туризму	Міський бюджет	80,0	90,0	100,0
32.	Передбачити безкоштовне відвідування програм гастролюючих цирків та відвідання атракціонів луна-парків дітьми із сімей загиблих під час участі в АТО, дітьми, батьки яких є учасниками АТО, учасниками Революції Гідності та дітьми із сімей, які переміщені з тимчасово окупованої території та районів проведення АТО згідно представлених списків	Управління культури і туризму	—	—	—	—

Продовження табл. 2

33.	Забезпечення поховання загиблих (померлих) осіб, які брали участь в АТО (у межах вимог діючого законодавства)	СКП «Хмельницька ритуальна служба»	По мірі необхідності	—	—	—
34.	Забезпечення догляду за могилами загиблих (померлих) осіб, які брали участь в АТО та учасників Революції Гідності	СКП «Хмельницька ритуальна служба»	Включено до фінансування заходів з виконання послуг по утриманню міських кладовищ	—	—	—
35.	Забезпечення встановлення меморіальних дошок у навчальних закладах, в яких навчалися загиблі (померлі) особи, які брали участь в АТО, є учасниками Революції Гідності	Департамент освіти і науки	Міський бюджет	—	—	—
36.	Передплата газет «Проскурів», «Подільські вісті» інвалідам АТО та членам сімей загиблих під час участі в АТО	Управління організаційно-інформаційної роботи та контролю, управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	30,0	40,0	50,0
37.	Виділення земельних ділянок для індивідуального будівництва учасникам АТО, учасникам Революції Гідності та членам їх сімей (відповідно до чинного законодавства)	Управління земельних ресурсів та земельної реформи	—	—	—	—
38.	Запровадження місцевими засобами масової інформації тематичних передач, публікації матеріалів про героїчні вчинки учасників АТО, учасників Революції Гідності	Управління організаційно-інформаційної роботи та контролю, МТРК «Місто», газета Хмельницької міської ради «Проскурів»	Міський бюджет	—	—	—

Продовження табл. 2

39.	Закупівля відзнаки «Воля та мужність» для нагородження учасників АТО	Управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	100,0	100,0	150,0
40.	Забезпечення 50% оплати навчання у вищих навчальних закладах м. Хмельницького учасників АТО, які перебувають на обліку в Єдиному державному реєстрі осіб, які мають право на пільги та зареєстровані в м. Хмельницькому	Управління праці та соціального захисту населення	Міський бюджет	300,0	300,0	300,0
41.	Здійснення будівництва (встановлення) надгробків на могилах загиблих (померлих) учасників АТО на кладовищах м. Хмельницького	Управління праці та соціального захисту населення, СКП «Хмельницька міська ритуальна служба»	Міський бюджет	200,0	100,0	100,0
42.	Надання грошової компенсації учасникам АТО за належні для отримання жилі приміщення	Управління праці та соціального захисту населення, відділ обліку та розподілу житлової площі, управління капітального будівництва	Міський бюджет з передбачених кошторисних призначень	5000,0	5000,0	5000,0
43.	Розробка проекту та встановлення пам'ятника учасникам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України	Управління культури і туризму, управління капітального будівництва	Міський бюджет з передбаченого кошторису	—	—	—

Гарантування правового та соціального захисту військовослужбовців-учасників бойових дій та членів їх сімей є одним з пріоритетних напрямків у діяльності виконавчого комітету Хмельницької міської ради та його структурних підрозділів. Вище зазначені управління, засоби масової інформації, організації та установи демонструють гарні кількісно-якісні показники у роботі із забезпечення соціально-правових гарантій учасників

антитерористичної операції, Революції Гідності та членів їх родин, що самовіддано боролись за незалежність та єдність нашої держави і продовжують цю святу роботу й нині.

Завдяки активній діяльності усіх суб'єктів соціальної політики міста Хмельницького, було досягнуто високих результатів щодо реалізації в життя усіх напрямків соціальної підтримки та соціальної адаптації комбатантів та членів їх сімей. Попри існуючі проблеми, пов'язані із недостатнім фінансуванням, не достатньо великою кількістю охоплених оздоровленням та відпочинком дітей, відсутністю великих можливостей у покращенні житлових умов та забезпеченні земельними ділянками всіх потребуючих військовослужбовців, існує позитивна динаміка соціально-психологічного забезпечення таких осіб шляхом дотримання державних соціальних гарантій та впровадження додаткових форм адресної підтримки, надання додаткових гарантій соціального захисту за рахунок коштів міського бюджету.

Список використаних джерел

1. Бриндіков Ю.Л. Курс лекцій з дисципліни «Людина у сучасному соціумі». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://msn.khnu.km.ua/mod/resource/view.php?id=118918>
2. Основи соціальних знань. Навчальний посібник. Під загальною редакцією Ю.О. Шклярського. Миколаїв: Видавництво «КВІТ», 2008. 440 с.
3. Чижов Д.А. Нормативно-правове забезпечення права на соціальний захист учасників АТО та членів їх родин. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки. 2016. Вип. 845. С. 173–182.
4. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. К. : Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
5. Офіційний інтернет-портал Дніпровської районної державної адміністрації в місті Києві. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://dnipr.kievcity.gov.ua/content/normatyvnopravova-baza-ato.html>

6. Звіт про хід виконання Програми соціальної підтримки учасників АТО та членів їх сімей на 2016-2017 рр. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.khmelnysky.com/index.php?option=com_content&view=article&id=39968%3A2016-2017-&catid=330%3A2011-09-30-07-09-51&Itemid=251
7. Рішення двадцятої сесії Хмельницької міської ради від 31.01.2018 року № 82 «Про затвердження «Програми соціальної підтримки учасників АТО, учасників Революції Гідності та членів їх сімей на 2018 – 2020 рр.» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.khmelnysky.com/index.php?option=com_content&view=article&id=39968%3A2016-2017-&catid=330%3A2011-09-30-07-09-51&Itemid=251
8. Основи соціальних знань. Навчальний посібник. Під заг. ред. Ю.О. Шклярського. Миколаїв : Видавництво «КВІТ», 2008. 440 с.
9. Павлюк В.Д., Приступа М.І., Старцун В.І. Соціальна політика: Навч. посіб. Хмельницький: ХНУ, 2006. 214 с.
10. Шевчук П.І. Соціальна політика: 2-е вид. Львів : Світ, 2005. 400 с.
11. Рішення шістнадцятої сесії Хмельницької міської ради від 12.07.2017 року № 14 «Про затвердження Порядку забезпечення 50% оплати навчання у вищих навчальних закладах м. Хмельницького для учасників АТО, які перебувають на обліку в Єдиному державному автоматизованому реєстрі осіб, які мають право на пільги та зареєстровані в місті Хмельницькому» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.khmelnysky.com/index.php?option=com_content&view=article&id
12. Звіт про хід виконання Програми соціальної підтримки учасників АТО та членів їх сімей на 2016-2017 рр. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.khmelnysky.com/index.php?option=com_content&view=article&id=39968%3A2016-2017-&catid=330%3A2011-09-30-07-09-51&Itemid=251

Додаток Б**Показання до проведення психологічної реабілітації****військовослужбовців (за О. Кокуном [236])**

1. Зниження адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні або інші негативні результати, що виявляються під час проведення психологічного обстеження з використанням тестів.
2. Збільшення астенічних симптомів – відчуття утомленості, швидка стомлюваність, зниження когнітивних функцій і (або) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна діяльність.
3. Прогресуюча інтравертація (замкнутість, бажання усамітнитись, обмеження кола спілкування з близькими товаришами, родичами), зниження інтересу до раніше значимих прив'язаностей, захоплень.
4. Невмотивована і невласлива для військовослужбовця підвищена соціальна або інша активність (екстравертація) в період виконання завдань або після прибуття з району виконання завдань за призначенням у поєднанні з нестійким настроєм.
5. Суб'єктивна оцінка самим військовослужбовцем погіршення самопочуття із вказівкою на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, які з'явилися в період або безпосередньо після прибуття з району виконання завдань, при цьому зберігається позитивна установка на продовження служби в підрозділі після періоду відпочинку.
6. Ознаки підвищення рівня психологічної дезадаптації, які виявляються в зниженні якості і об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, у тому числі повсякденних обов'язків, при помітному бажанні військовослужбовця виконати доручене.

Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання двох або більше негативних ознак:

1. Перенесені безпосередньо у момент загрози короточасні гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості («ступору») або збудження («паніки») незалежно від наслідків виходу із вказаних станів.
2. Тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання психотравмувальних подій і фіксація на них, у тому числі відображена в снах, у розмовах з товаришами по службі і родичами або виявлена в ході медичного обстеження; порушення сну, що позначаються на самопочутті, працездатності і вимагають незначного медикаментозного корегування.
3. Підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна характерологічних особливостей і особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціальної і службової адаптації, при яких зберігаються критичне ставлення і можливість контролювати свою поведінку з боку самого військовослужбовця.
4. Вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у вигляді: порушень серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, нападів запаморочення або головних болів, відчуття нудоти, браку повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів в різних частинах тіла або в області внутрішніх органів з відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних за органічну патологію.
5. Зниження маси тіла на 15 % і більше від контрольних показників зважування перед убуванням у відрядження.
6. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються (більше трьох діб), а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

7. Болі після фізичних навантажень в кінцівках і хребті, мігруючі болі і (або) м'язові спазми в окремих групах м'язів, що зберігаються протягом довгого часу (більше трьох діб) за відсутності об'єктивних даних за патологію.
8. Больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що не викликають стійкого порушення функції і без ознак розвитку органічних змін в місцях пошкоджень або органах.
9. Стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високогір'я, тривале перебування у вимушеному положенні тощо).

Додаток В

Опитувальник для первинного скринінгу ПТСР

(за О. Кокуном [236])

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

– Так – Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

– Так – Ні

3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

– Так – Ні

4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

– Так – Ні

5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

– Так – Ні

6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?

– Так – Ні

7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?

– Так – Ні

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

Додаток Г

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

(за О. Кокуном [236])

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 виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
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

Продовження табл.

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-9¹

Загальний бал тяжкості депресії:

- 0–6 – депресія відсутня або легка («субклінічна») депресія;
- 7–13 – помірної тяжкості депресія;
- 14–20 – середньої тяжкості депресія;
- 21–27 – тяжка депресія.

¹ Бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)**Реєстраційний бланк**

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень».

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

Продовження табл.

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

«Ключ»

1. Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.
2. Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.
3. Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів:

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється:

- «ніколи» – 0 балів;
- «рідко» – 1 бал;
- «іноді» – 3 бали;
- «часто» – 5 балів.

Додаток Д

Анкета «Стрес-фактори»

[узагальнено автором]

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значимому – ранг 1».

№	Назва фактору	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності	
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність	
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше)	
4	Побоювання, страх власної загибелі	
5	Поранення, контузії, каліцтва	
6	Погані гігієнічні умови	
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки	
8	Помилки командування	
9	Стресори сімейного життя	
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження)	
11	Сексуальна дисгармонія	
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах	
13	Незадоволеність у матеріальних потребах	

Продовження табл.

14	Страх полону	
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів	
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень	
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.)	
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому	
19	Монотонність умов, які оточують	
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників)	
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів	
22	Контакт зі значною кількістю поранених	
23	Вигляд трупів, крові	
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту	
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина	
26	Запахи газів, трупів та ін.	
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії	
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби	
29	Неможливість змінити умови свого існування	
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти	

Додаток Е**Тест «Самооцінка конфліктності» (за В. Ратніковим)**

Вашій увазі представлено тест, який дає змогу оцінити ступень вашої власної конфліктності. Тест містить шкалу, яка буде використовуватися вами для самооцінки за десятьма парами тверджень. Виконання його зводиться до наступного. Ви оцінюєте кожне твердження лівої і правої колонки. При цьому відмічаєте кружком, на скільки балів у вас проявляється властивість, яка представлена в лівій колонці. Оцінку слід проводити за 7-ми бальною шкалою. При цьому 7 балів означає, що характеристика, яку ви оцінювали, властива Вам завжди, а 1 бал вказує на те, що ця властивість не проявляється у Вашому характері зовсім.

№	Твердження	Бали	Твердження
1	Рветесь в конфліктну суперечку	7 6 5 4 3 2 1	Ухиляєтеся від конфліктної суперечки
2	Свої висновки супроводжуєте різким тоном	7 6 5 4 3 2 1	Свої висновки супроводжуєте винуватим тоном
3	Вважаєте, що досягнете свого, якщо будете дуже активно протестувати.	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що якщо будете дуже сильно протестувати то не досягнете зовсім нічого
4	Не звертаєте уваги на той факт, що оточуючі не сприймають ваші аргументи	7 6 5 4 3 2 1	Погоджуетесь, коли бачите, що інші не сприймають доводів
5	Спірні питання обговорюєте в присутності свого опонента	7 6 5 4 3 2 1	Розмірковуєте над спірними питаннями у відсутності свого опонента
6	Вам не важко, коли ви попадаєте у напружену ситуацію	7 6 5 4 3 2 1	В напруженій ситуації ви відчуваєте себе не в своїй тарілці
7	Вважаєте, що в суперечці варто показати свій характер	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що в суперечці не варто демонструвати свої емоції
8	Не програєте у суперечках	7 6 5 4 3 2 1	Поступаєтесь в суперечках
9	Вважаєте, що люди легко виходять із конфліктів	7 6 5 4 3 2 1	Вважаєте, що люди з трудом виходять із конфліктів
10	Якщо ви зриваєтесь, то вважаєте, що без цього не можна	7 6 5 4 3 2 1	Якщо ви зриваєтесь, то пізніше відчуваєте почуття провини

Оцінка результатів

На кожній лінійці відмітьте оцінки по балах і побудуйте свій графік. Відхилення від середини означає схильність до конфліктності, а відхилення вправо буде вказувати на схильність до уникнення конфліктів.

Підрахуйте загальну кількість балів. Якщо сума дорівнює 70 балів, то це означає, що Ви маєте дуже високу конфліктність, 60 балів – вам властива висока конфліктність, 50 – у вас виражена конфліктність, число балів 10–15 характеризує вас як людину, яка схильна уникати конфліктів.

Додаток Ж**Анкета для військовослужбовців-учасників бойових дій щодо виявлення
їхніх проблем**

[розроблено автором]

1. ПІБ
2. Статус військовослужбовця:
 - а) проходить службу;
 - б) демобілізований;
 - в) учасник АТО.
3. З якими проблемами Ви стикалися при проходженні військової служби в зоні АТО?
4. З якими проблемами Ви стикнулися після повернення із зони бойових дій?
5. Чи маєте Ви будь-які проблеми з житлом?
6. Чи маєте Ви травми, поранення, контузії? Чи виплачена Вам компенсація?
7. Чи використали Ви своє право на безкоштовне санаторно-курортне лікування та реабілітацію?
8. Чи є у Вас проблеми з працевлаштуванням, або поновленням за місцем праці до призову?
9. Чи бажаєте Ви здобути додаткову освіту або пройти курси перекваліфікації?
11. Чи відчуваєте ви емоційний дискомфорт після повернення з зони проведення бойових дій?
12. Чи з'явилися у вас проблеми у взаємостосунках з рідними? З чим це пов'язано?

Додаток 3**Клінічне інтерв'ю**

[за Р. Скерфілдом і А. Бланком]

1. Обставини життя до армії.
2. Обставини призову в армію.
3. Військова підготовка до служби в зоні бойових дій (ЗБД).
4. Служба в ЗБД:
 - отримання звістки про направлення в ЗБД;
 - вибуття з країни;
 - прибуття в ЗБД;
 - військова спеціальність і службово-бойові завдання, що виконувалися в ЗБД;
 - основні місця служби в ЗБД і хронологія;
 - зміни в званні і посаді;
 - відношення з керівництвом;
 - бойові дії;
 - особливості служби тих, хто не брав участі в бойових діях;
 - участь у головних операціях;
 - служба поза зоною бойових дій;
 - відношення з місцевим населенням;
 - зміни у ставленні до служби й поведінці в армії;
 - ставлення до унікальних особливостей війни;
 - стреси і конфлікти на національному ґрунті;
 - специфічні психотравмувальні події;
 - позитивні переживання, пов'язані зі службою в ЗБД;
 - вживання алкоголю і наркотиків;
 - можливість відпочинку і відновлення сил;
 - чи мали місце випадки відряджень додому;
 - моральні й ціннісні конфлікти, зумовлені специфічними особливостями війни;

- особливості служби в період, близький до повернення на батьківщину;
 - підготовка до повернення;
 - повернення на батьківщину.
5. Обставини звільнення в запас, нагороди, пільги, відзнаки тощо.
 6. Особливості післявоєнної адаптації.

Додаток И**Поради для військовослужбовців-учасників бойових дій щодо виходу зі стресу**

[зібрано та узагальнено автором]

1. Хвилинна релаксація. Розслабте куточки рота, зволожите губи, розслабте плечі. Зосередьтеся на виразі свого обличчя і положенні тіла. Пам'ятайте, що вони відображають ваші емоції, думки, внутрішній стан. Цілком природно, що ви не хочете, щоб навколишні знали про ваш стресовий стан. У цьому випадку ви можете змінити вираз обличчя шляхом розслаблення м'язів.

2. Уважно огляньте приміщення, у якому ви знаходитесь. Повільно, не кваплячись, подумки знайдіть у ньому 7 червоних предметів, постарайтесь цілком зосередитися на цьому. Говоріть подумки самі собі: «Червона обкладинка зошита, червоні чашки, червона ваза для квітів» тощо. Або просто, переводячи погляд, подумки опишуйте оточуючі вас предмети: «Коричневий стіл. Білий папір» тощо. Зосереджуючись на кожному окремому предметі, ви відволікаєтесь від внутрішнього стресового напруження, скеровуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього оточення.

3. Використайте будь-яку можливість, щоб змочити чоло, скроні та артерії на руках холодною водою.

4. Зміна оточення. Якщо дозволяє ситуація, залишіть приміщення, в якому у вас виник гострий стрес. Перейдіть до іншого, де нікого немає, вийдіть на вулицю, де ви зможете залишитися наодинці зі своїми думками. Розгляньте подумки приміщення (якщо ви вийшли на вулицю – то будинки, природу тощо).

5. Наберіть воду у чашку і повільно, зосереджено випийте її. Зосередьте увагу на відчуттях у той момент, коли ковтаєте воду.

6. Уявіть себе в приємному середовищі – на пляжі, у ванні, в лісі тощо.

7. Щоб швидше нормалізувати емоційний стан, необхідно дати собі посилене фізичне навантаження (20-30 присідань, біг на місці, підйом на 3-4 поверх).

8. Існує багато механізмів фізіологічної розрядки, які позитивно впливають на людину. Зовні вони проявляються у вигляді сліз, сміху, бажанні вдарити, виговоритися тощо. Не треба стримувати їх.

9. Почуття роздратування, агресії можна зняти за допомогою фізичної розрядки: зробити декілька ударів ногою по уявному предмету, «побоксувати подушку», «випустити пару».

10. Якщо у вас на даний момент немає можливості з кимось поговорити, ви можете самостійно покращити свій стан таким чином: розкажіть про те, що вас хвилює, самому собі. Сядьте зручніше перед дзеркалом і поговоріть самі із собою. Розкажіть про все, що з вами сталося, і спробуйте проаналізувати те, що трапилось. Говоріть самі із собою доти, доки все, що вас хвилює, не буде промовлено вголос і ви не відчуєте полегшення.

11. Можна перенести всі свої хвилювання на папір. Напишіть собі листа. Довірте все, що відчуваєте і думаєте. Цей спосіб має перевагу у тому, що письмова мова коротша та логічніша. Під час описування ситуації в листі, розуміння проблеми настає швидше, ніж під час розмови. Лист можна відразу знищити або сховати й перечитати, коли вас знову почнуть хвилювати травматичні події. Ви згадаєте свій стан і зрозумієте, що зможете з ним упоратись, як і минулого разу.

12. Інший спосіб – «порожній стілець». Уявіть, що на ньому сидить людина, яка образила вас, висловіть їй свої почуття. Зараз ви можете сказати все, що хочете.

13. Відволікання. Займіться якою-небудь діяльністю – все одно якою: почніть прати білизну, мити посуд чи прибирати. Секрет цього способу простий: будь-яка діяльність, і особливо фізична праця, у стресовій ситуації

виконує роль громовідводу, допомагає відволіктися від внутрішнього напруження, «випустити пару».

14. Математика. Візьміть калькулятор чи папір, олівець і спробуйте підрахувати, скільки днів ви живете (число повних років помножте на 365, додаючи по одному дні на кожний високосний рік, додайте кількість днів, що пройшли з останнього дня народження). Така раціональна діяльність дасть можливість переключити свою увагу. Постарайтеся згадати який-небудь особливо примітний день вашого життя. Згадайте його до дрібниць, нічого не пропускаючи. Спробуйте підрахувати, яким був цей день вашого життя.

15. Переключення. При надмірному збудженні в корі головного мозку утворюється домінуюче збудження, яке наділене здатністю підпорядковувати собі всю діяльність організму, всі вчинки та думки людини. Отже, для заспокоєння його треба ліквідувати або створити конкуруюче. Чим більше захоплююча діяльність, тим легше його створити. Згадайте приємну подію із власного життя, уявіть, що ця подія повторилася і ви знаходитесь в такому ж стані. Зробіть таке саме обличчя, посмішку, поставу, відчуйте цей стан всім тілом.

16. Спілкування. Поговоріть на яку-небудь сторонню тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч – сусідом, товаришем, колегою. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте своєму другові. Це свого роду відволікаюча діяльність, що здійснюється «тут і зараз» і покликана витиснути з вашої свідомості внутрішній діалог, насичений стресом.

Додаток К**Модифікована методика на визначення рівня стресу Л. Рідера**

Оцініть, будь ласка, ступінь вашої згоди з такими твердженнями:

Твердження	Згоден	Скоріше згоден	Скоріше не згоден	Не згоден
1. Я людина нервова	1	2	3	4
2. Я дуже турбуюсь про своє навчання	1	2	3	4
3. Я часто відчуваю нервові напруження	1	2	3	4
4. Моя повсякденна діяльність викликає в мене значне напруження	1	2	3	4
5. Коли я спілкуюсь з людьми я часто відчуваю нервові напруження	1	2	3	4
6. Наприкінці дня я цілком виснажений фізично та психічно	1	2	3	4
7. У моїй родині часто виникають напружені стосунки	1	2	3	4

В процесі обробки даних підраховується сума балів за всіма 7 пунктами, яка потім ділиться на 7. Цей середній бал віднімається від 4-ох. В результаті визначається показник психосоціального стресу, який може варіювати від 0 до 3 балів. В залежності від цього показника визначається рівень психосоціального стресу, який може бути низьким, середнім та високим.

Норми рівнів психосоціального стресу для чоловіків та жінок

Рівень стресу	Середній бал	
	Чоловіки	Жінки
Високий	2,28 – 3,00	2,78 – 3,00
Помірний	1,52 – 2,27	1,78 – 2,77
Середній	0,76 – 1,51	1,00 – 1,77
Низький	0,00 – 0,75	0,00 – 0,99

Високий рівень стресу вказує на нестійкість психоемоційного стану нервові напруження, роздратованість, психофізіологічну виснаженість.

Помірний рівень стресу вказує про надмірні стурбованість, занепокоєність та хвилювання.

Середній рівень стресу засвідчує помірну наявність симптомів стресового стану.

Низький рівень стресу засвідчує стабільність психоемоційного стану, високий енергетичний потенціал та відсутність надмірної особистісної тривожності та нервового напруження.

Додаток Л

Тест на самооцінку стресостійкості особистості В. Семиченко

Інструкція: Дайте відповіді на подані нижче твердження, обведіть відповідну цифру. Чим більш щирими будуть Ваші відповіді, тим більш об'єктивним буде отриманий результат.

№	Твердження	Рідко-1	Іноді-2	Часто-3
1.	Я думаю, що мене недооцінюють у колективі			
2.	Я прагну працювати, навіть якщо буваю не зовсім здоровий			
3.	Я постійно переживаю за якість своєї роботи			
4.	Я буваю налаштований агресивно			
5.	Я не терплю критики на свою адресу			
6.	Я буваю дратівливий			
7.	Я прагну бути лідером там, де це можливо			
8.	Мене вважають людиною наполегливою і цілеспрямованою			
9.	Я погано сплю			
10.	Своїм недругам я можу дати відсіч			
11.	Я емоційно хворобливо переживаю невдачі			
12.	У мене не вистачає часу на відпочинок			
13.	У мене виникають конфліктні ситуації			
14.	Мені бракує влади, щоб реалізувати себе			
15.	У мене не вистачає часу, щоб зайнятися улюбленою справою			
16.	Я усе роблю швидко			
17.	Я відчуваю страх, що не поступлю до інституту			
18.	Я дію зопалу, а потім переживаю за свої вчинки			

Обробка даних: Підрахуйте сумарну кількість балів і визначте рівень Вашої стресостійкості.

Рівень стресостійкості:

- 1) 51–46 – низький рівень стресостійкості;
- 2) 45–38 – середній рівень стресостійкості;
- 3) 37–30 – помірний рівень стресостійкості;
- 4) 29–22 – високий рівень стресостійкості.

Чим менша сумарна кількість балів, тим вища стресостійкість, і навпаки. Якщо у досліджуваного 1-й і навіть 2-й рівень стресостійкості, то йому необхідно кардинально змінювати свій спосіб життя.

Методика «Незакінчені речення»

[розроблено автором]

Інструкція: «На бланці тесту закінчіть речення одним або декількома словами».

1. Будь-якій людині подобається ...
2. Думаю, що реабілітація ...
3. Якщо я відмовлюся проходити реабілітацію ...
4. Покращити свій психоемоційний стан можна за допомогою ...
5. Покращити свій фізичний стан можна за допомогою...
6. Якби у мене була така можливість, я б відвідував ...
7. Я хотів би, щоб мене...
8. Думаю, що спеціально підготовлені фахівці зможуть ...

Додаток Н

Завдання на визначення мотивів військовослужбовців-учасників бойових дій

[розроблено автором]

Інструкція: «Проранжуйте мотиви проходження реабілітації у порядку значущості для вас».

Мотиви	Ранг
1. Прагнення почувати себе якомога краще	
2. Прагнення не відчувати фізичний дискомфорт від отриманої травми	
3. Прагнення уникнути засудження з боку інших військовослужбовців	
4. Прагнення якомога скоріше повернутися до нормального життя	
5. Прагнення мати гарні стосунки у сім'ї	
6. Прагнення швидше знайти гарну роботу після повернення додому	
7. Прагнення покращити свій психоемоційний стан	
8. Прагнення знову відчувати позитивні емоції – радість, захоплення, задоволення, щастя від життя	
9. Прагнення бути прикладом для інших	
10. Прагнення покращити свій фізичний стан	

Додаток О**Тест А. Ассингера (оцінка агресивності у відносинах)**

[адаптований автором до дослідження]

Флегматична людина рідко проявляє себе як цікавий співрозмовник, але з надмірно агресивною, такою, що кидається як тигр, людиною теж неприємно спілкуватися. Тест А. Ассингера дає змогу визначити, чи коректна людина у відношеннях з оточуючими і чи легко їй спілкуватися з ними. Для більшої об'єктивності відповідей можна провести взаємооцінку, коли колеги відповідають на питання один за одного. Це допоможе зрозуміти, наскільки вірна їх самооцінка.

Виберіть одну з відповідей та підкресліть її номер.

Текст опитувальника

1. Чи схильні Ви шукати шляхи до примирення після чергового конфлікту?
 - 1) Завжди.
 - 2) Іноді.
 - 3) Ніколи.
2. Як Ви поведетесь в критичній ситуації?
 - 1) Стримуєтесь.
 - 2) Зберігаєте повний спокій.
 - 3) Втрачаєте самовладання.
3. Яким вважають Вас інші військовослужбовці?
 - 1) Самовпевненим і заздрисним.
 - 2) Доброзичливим.
 - 3) Спокійним і незаздрисним.
4. Як Ви відреагуєте, якщо вам запропонують зробити щось відповідальне і важливе?
 - 1) Погодитесь із деякими побоюваннями.
 - 2) Погодитесь без коливань.
 - 3) Відмовитеся від цього заради власного спокою.

5. Як Ви будете себе вести, якщо хто-небудь з колег без дозволу візьме щось Ваше?

- 1) Посваритесь.
- 2) Примусите повернути.
- 3) Запитайте, чи не потрібне йому ще чого-небудь.

6. Якими словами Ви зустрінете чоловіка (дружину), якщо він (вона) повернувся(лась) з роботи пізніше за звичайне?

- 1) «Що тебе так затримало»?
- 2) «Де ти лазиш допізна»?
- 3) «Я вже почав(ла) хвилюватися».

7. Як Ви поведетеся за кермом автомобіля?

- 1) Прагнете обігнати машину, яка показала вам хвіст?
- 2) Вам все одно, скільки машин вас обігнало.
- 3) Помчитесь з такою швидкістю, щоб ніхто не наздогнав вас.

8. Якими Ви вважаєте свої погляди на життя?

- 1) Збалансованими.
- 2) Легковажними.
- 3) Вкрай жорсткими.

9. Що Ви робите, якщо не все вдається?

- 2) Намагаєтесь звалити провину на іншого.
- 3) Залишаєте незакінченим.
- 4) Стаєте надалі обережнішим.

10. Як Ви відреагуєте на несправедливу ситуацію?

- 1) «Пора вже щось зробити».
- 2) «Треба дати їм ще один шанс».
- 3) «І чого ми стільки терпимо»?

11. Що Ви відчуваєте, якщо місце, яке Ви хотіли зайняти, дісталось іншому?

- 1) «І навіщо я тільки на це нерви витрачав»?
- 2) «Напевно, так має бути».
- 3) «Можливо, мені це вдасться іншим разом».

12. Як Ви дивитеся страшний фільм?

- 1) Боїтеся.
- 2) Нудьгуєте.
- 3) Одержуєте задоволення.

13. Якщо Ви спізнюєтеся на важливу зустріч?

- 1) Нервуватимете під час зустрічі.
- 2) Спробуєте викликати поблажливість.
- 3) Засмутитесь.

14. Як Ви ставитеся до своїх спортивних успіхів?

- 1) Обов'язково прагнете виграти.
- 2) Цінуєте задоволення відчутти себе знов молодим.
- 3) Дуже гніваєтесь, якщо не везе.

15. Як Ви поступите, якщо Вам зробили щось погане?

- 1) Стерпите, уникаючи скандалу.
- 2) Спробуєте розібратися.
- 3) Почнете сваритися.

16. Як Ви поведетеся, якщо близьку вам людину образили?

- 1) Поговорю з тим, хто це зробив.
- 2) Влаштуєте скандал.
- 3) Порадите близькій людині розібратися самотійно.

17. Як Ви вважаєте, яка Ви людина?

- 1) Середня.
- 2) Самовпевнена.
- 3) Пробивна.

18. Що Ви скажете підлеглому, який зробив щось не так і почав вибачатися перед вами?

- 1) «Вибачте, це моя провина».
- 2) «Нічого страшного, дурниці».
- 3) «Уважніше треба бути»!

19. Як Ви відреагуєте на політичну статтю в газеті?

- 1) Коли ж, нарешті, будуть вжиті конкретні заходи?
- 2) Треба ввести покарання.
- 3) Не можна все валити на політиків.

20. Уявіть, що Ви заново народитесь, але вже твариною. Якій тварині ви віддасте перевагу?

- 1) Тигру або леопарду.
- 2) Домашньому коту.
- 3) Ведмедю.

Обробка результатів

Уважно прогляньте підкреслені відповіді. Підрахуйте суму номерів відповідей.

46 і більше балів (надмірна агресивність). Ви надмірно агресивні і при цьому нерідко буваєте невірноваженим і жорстоким по відношенню до інших. Ви розраховуєте на власні методи, бажаєте добитися успіху, жертвуючи інтересами тих людей, що Вас оточують. Тому вас не дивує неприязнь товаришів по службі, але при щонайменшій нагоді ви стараєтеся їх за це покарати.

31–45 бали («самовпевнена» агресивність). Ви агресивні, але не звертаєте на це уваги і відчуваєте себе комфортно улюбій ситуації.

16–30 бали (помірна агресивність). Ви помірно агресивні, цілком успішно йдете по життю, оскільки у вас достатньо здорового честолубства і самовпевненості.

15 і менше балів (незначна агресивність). Ви надмірно миролюбиві, що обумовлено недостатньою упевненістю у власних силах і можливостях. Це зовсім не означає, що ви, як «травичка», гнетесь під будь-яким вітерцем. Та все ж таки більше рішучості вам не зашкодить!

Додаток П

Шкала тривожності (Шкала Тейлора, адаптація М. Пейсахова)

[адаптований автором до дослідження]

Інструкція

Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

Тестовий матеріал

№	Запитання	Відповідь
1	Часто я працюю з великим напруженням	
2	Вночі мені важко заснути	
3	Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах	
4	Мені часто сняться страшні сни	
5	Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі	
6	У мене дуже неспокійний і переривчастий сон	
7	Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші	
8	Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі	
9	Моє здоров'я дуже турбує мене	
10	Часто я відчуваю себе нікому не потрібним	
11	Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці»	
12	Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне	
13	Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене	
14	Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить	
15	Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити	
16	Навіть у холодні дні я легко пітнію	
17	У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці	
18	Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю	
19	Я набагато чутливіший, ніж більшість людей	
20	Я легко бентежусь	
21	Моє місце серед інших дуже мене хвилює	
22	Мені дуже важко зосередитися на чомусь	
23	Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось	
24	Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути	
25	Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує	

Продовження табл.

26	Я схильний сприймати все дуже серйозно	
27	Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю	
28	Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі	
29	Мене дуже тривожать можливі невдачі	
30	Очікування завжди нервує мене	
31	Часом мені здається, що я ні на що не здатний	
32	Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути	
33	Іноді я засмучуюся через дрібниці	
34	Я легко збудлива людина	
35	Я часто боюся, що ось-ось почервонію	
36	У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі	
37	Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум	
38	Найчастіше мої ноги і руки досить теплі	
39	У мене рівний і добрий настрій	
40	Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим	
41	Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним	
42	У мене рідко буває головний біль	
43	У мене не буває прискороного серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке	
44	Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей	
45	Я впевнений у собі	
46	Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим	
47	Я сором'язливий не більше ніж інші	
48	Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко	
49	Я практично ніколи не червонію	
50	Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей	

Обробка результатів

У твердженнях 1–37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38–50 – кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

- до 20 балів – низький рівень тривожності;
- 21–23 бали – середній рівень тривожності;
- 24–27 балів – вище середнього;
- 28–50 балів – високий рівень тривожності.

Додаток Р**Арт-терапевтичне заняття для військовослужбовців-учасників бойових дій**

[розроблено автором]

1. Вступне слово тренера: «Добрий день, шановні учасники групи. Сьогодні ми з вами спробуємо розібратися з емоціями. Будь-яка людина відчуває безліч різних емоційних станів, причому вони можуть бути як позитивними, так і негативними. Ми будемо вчитися з вами справлятися з ними, розпізнавати та контролювати їх».

2. Ведучий пропонує декілька варіантів музичних фрагментів і запитує, які саме емоції викликають кожна мелодія.

3. Індивідуальне зображення емоцій гніву, злості, радості, образи (за вибором комбатантів). Один із учасників групи представляє певну емоцію, а всі інші учасники мають її вгадати. Після вправи відбувається обговорення.

4. Програвання вправи на релаксацію перед спільною театральною постановкою. Вправа «Предмет». Зосередьтеся на якомусь предметі, наприклад, це може бути іграшка або улюблений предмет. Поділіться своїми почуттями до іграшки. Уявіть, що ви – іграшка. Розкажіть, що з вами сталося? Чи відчули ви, що вас залишили?

5. Згадайте свою улюблену дитячу історію або казку чи розповідь і виберіть з неї якого-небудь персонажа. Уявіть себе цим персонажем і зіграйте його. Чи змогли ви зіграти його? Чого ви навчилися від свого персонажа і чому від інших персонажів? Намалюйте його. Перегляд малюнків і групове обговорення.

6. Група ділиться на 2-3 підгрупи, кожна з яких вигадує казку. Після того підгрупи мають програти цей сюжет таким чином, щоб глядачі змогли зрозуміти головну ідею казки. Після закінчення відбувається обговорення.

7. Завершення заняття. Кожний учасник висловлює свої враження про проведене заняття.

Список опублікованих праць за темою дисертації

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький: Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.
2. Бриндіков Ю. Л. Людина в сучасному соціумі : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напрямів підготовки «Соціальна педагогіка», «Практична психологія» і «Соціальна робота» Хмельницький : ХНУ, 2014. 28 с.
3. Бриндіков Ю. Л. Ознайомча та ознайомчо-волонтерська практики : методичні вказівки щодо їх виконання для студентів спеціальності «Соціальна робота» Хмельницький: ХНУ, 2016. 55 с.
4. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : метод. посіб. Хмельницький: Вектор, 2017. 172 с.
5. Бриндіков Ю.Л. Соціальна діагностика та патологія : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напряму підготовки «Соціальна робота». Хмельницький : ХНУ, 2018. 29 с.
6. Бриндіков Ю. Л. Соціальна політика у сфері соціального захисту учасників АТО та їх родин на місцевому рівні (приклад м. Хмельницького). Соціальна робота з різними категоріями населення у громаді: українські реалії та міжнародний досвід: колективна монографія / А. Богуцька, Ю. Бриндіков, О. Главацька та ін.; за заг. ред. В. Поліщук. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2018. С. 54–68.
7. Бриндіков Ю. Л. Кризовий стан сучасної української сім'ї: методи соціально-психологічної та педагогічної роботи у сім'ї. *Науковий вісник Чернівецького університету*. Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 712. С. 20–25.

8. Бриндіков Ю. Л. Насильство в сім'ї як соціальна проблема. *Науковий вісник Чернівецького університету*. Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 713. С. 34–39.

9. Бриндіков Ю. Л. Волонтерство як елемент соціальної роботи. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* / за ред. Л.П. Мельник, В.І. Співака. Вип. XXVI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. С. 23–32. *Google Scholar*

10. Бриндіков Ю. Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Том IX. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 8. С. 72–82.

11. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія : Педагогіка. Соціальна робота: зб. наук. пр. / гол. ред. : Козубовська І.В. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 2 (41). Частина I. С. 42–45.

12. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXIX (79). Том 2. С. 201–206. *Index Copernicus*

13. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVIII (78). Том 2. С. 195–200. *Index Copernicus*

14. Бриндіков Ю. Л. Комплексна соціально-педагогічна реабілітація військовослужбовців-учасників збройних конфліктів. *Науковий вісник*

Ізмаїльського гуманітарного університету : зб. наук. праць. Серія Педагогічні науки. Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 18–22. *Google Scholar*

15. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153. *Index Copernicus*

16. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки* / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3(10). С. 44–56.

17. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування потреби цілеспрямованої реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, які були учасниками бойових дій. *Гірська школа Українських Карпат* : наук. фах. вид. з пед. наук. головний ред. В. Хрущ. Івано-Франківськ ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2017. № 17. С. 140–143. *Google Scholar*

18. Бриндіков Ю. Л. Проблема посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, учасників бойових дій. *Теорія і методика виховання : науково-педагогічний вісник*. Вип. 7 Херсон : Видавець Грінь Д. С., 2017. С 5–8.

19. Бриндіков Ю. Л. Психотерапевтичні методи як засоби психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVI (76). Том 3. С. 102–107. *Index Copernicus*

20. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти* : зб. наук. праць: наук. записки РДГУ. Рівне : РДГУ, 2017. Вип. 17 (60). С. 106–111.

21. Бриндіков Ю. Л. Соціальна реабілітація військовослужбовців: до питання термінології. *Педагогічний дискурс* : зб. наук. праць / гол. ред. І. М. Шоробура. Хмельницький: ХГПА, 2017. Випуск 22. С. 30–35. *Index Copernicus*

22. Бриндіков Ю. Л. Технологія здійснення реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія: Педагогічні науки. № 8 (313) листопад, 2017. Частина 1 С. 252–260. *Google Scholar*

23. Бриндіков Ю. Л., Бриндіков Л. М. Характеристика істерії як різновиду посттравматичного стресового розладу в комбатантів: соціально-психологічний аспект. *Педагогічні науки* : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXX (80). Том 3. С. 233–238. *Index Copernicus*

24. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»* / голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. № (1)15. С. 106–110. *Google Scholar*

25. Бриндіков Ю. Л. Інноваційні тренінгові методи й техніки у процесі здійснення реабілітації комбатантів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова* : Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. Випуск 60. Том 1. К. : Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова, 2018. С. 66–70. *Google Scholar*

26. Бриндіков Ю. Л. Методологічні підходи до моделювання системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія : Педагогіка. Соціальна робота: зб. наук. пр. / гол. ред. : Козубовська І.В. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 1 (42). Частина II. С. 29–32. *Google Scholar*, *Index Copernicus*

27. Бриндіков Ю. Л. Організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія : «Педагогіка і психологія». Дніпропетровськ : Приватний вищий навчальний заклад «Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля», 2018. С. 69–75. *Google Scholar*

28. Бриндіков Ю. Л. Потенціал акмеології та акмеологічного підходу в організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців-учасників бойових дій фахівцями соціальних служб. *Наукові записки кафедри педагогіки* : зб. наук. праць. Випуск 42. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради, 2018. С. 40–48. *Google Scholar*

29. Бриндіков Ю. Л. Потенціал сімейної психотерапії у процесі здійснення реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій. *Професійна освіта: методологія, теорія та технології* : зб. наук. праць / гол. ред. Доброскок І.І. Переяслав-Хмельницький: Я.М. Домбровська, 2018. Вип. 7/1. С. 84–97. *Google Scholar*

30. Бриндіков Ю. Л. Сутнісні характеристики тренінгу для військовослужбовців-учасників бойових дій. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24 (І том). К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. С.142–151. *Google Scholar*

31. Бриндіков Ю. Л., Шинкарук О. В. Спортивно-масові заходи як інструмент реабілітації комбатантів, що отримали інвалідність під час виконання службових обов'язків. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Вип. XXXI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. С. 21–35. *Google Scholar, Index Copernicus, CEJSH*

32. Bryndikov Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants. *Social Work and Education*, 2017. Vol. 4, No 1. P. 112–118.

33. Бриндіков Ю. Л. Методологические аспекты использования арт-терапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. *Modern Science. Moderní věda. Praha. Česká Republika*. 2017. № 7. P. 95–101.

34. Бриндіков Ю. Л. Ігрові технології : суть, можливості роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій. *Social Work and Education*, 2018. Vol. 4. No 1. P. 112–118.

Опубліковані праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

35. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні аспекти фізичної реабілітації комбатантів в Україні. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 27 жовтня 2016 р.). Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2016. С. 79–81.

36. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні складові процесу реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Актуальні дослідження в соціальній сфері* : матеріали восьмої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2016 р.). Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2016. С. 120–122.

37. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання* : Матеріали круглого столу (Київ, 15 квітня 2016 р.). Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. С. 13–14.

38. Бриндіков Ю. Л. Необхідність організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями, що були учасниками бойових дій. *Сучасні тенденції розвитку української науки* : матеріали Всеукр. наук. конф. (Переяслав-

Хмельницький, 26-27 травня 2017 р.). Переяслав-Хмельницький, 2017. – Вип. 3 – 220 с. – С. 70–74.

39. Бриндіков Ю. Л. Місце реабілітаційної діяльності серед спектру професійних функцій майбутнього фахівця соціальної сфери. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 26-27 травня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 102–106.

40. Бриндіков Ю. Л. Тренування пам'яті військовослужбовця як головний елемент засвоєння топографічних знань. *Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології*: зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (Шумен, Болгарія, 16-17 червня 2017 р.). Shumen : Konstantin Preslavsky University of Shumen, 2017. С. 166–169.

41. Бриндіков Ю. Л. Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів у роботі з комбатантом. *Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО* : матеріали круглого столу (Хмельницький, 22 червня 2017 р.). Хмельницький : ХІСТ Університету «Україна», 2017. С. 13–16.

42. Бриндіков Ю. Л. Превенція психосоматичних проявів у воїнів АТО внаслідок впливу екстремальної ситуації. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології* : зб. тез наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 23-24 червня 2017 р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2017. С. 44–47.

43. Бриндіков Ю. Л. Морально-психологічна підтримка комбатантів як елемент вдосконалення їх мотиваційної спрямованості. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 14-15 липня 2017 р.). К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 105–108.

44. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інновацій для організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями учасниками бойових дій. *Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук*

: зб. наукових робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 11-12 серпня 2017 р.). Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2017. С. 36–38.

45. Бриндіков Ю. Л. Реабілітаційна діяльність з комбатантами як нова сфера професійної діяльності соціальних працівників та соціальних педагогів. *Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 1–2 вересня 2017 р.). К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 52–55.

46. Бриндіков Ю. Л. Сучасні моделі організації реабілітаційної діяльності з воїнами, що були учасниками військових дій. *Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз* : матеріали доповідей та повідомлень Міжнар. наук.-практ. конф. (Ужгород, 22 вересня, 2017 р.). Ужгород : ПП Роман О.І., 2017. С. 18–19.

47. Бриндіков Ю. Л. Травматичні стресові розлади у військовослужбовців як сфера реабілітаційної діяльності фахівців соціальних служб. *Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 13-14 жовтня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 96–99.

48. Бриндіков Ю. Л. Потенціал арт-терапії в організації реабілітаційної діяльності з комбатантами. *Modern methods, innovation and operational experience in the field of psychology and pedagogics* : International research and practice conference (Lublin, 20-21 October, 2017 r.). Lublin : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2017. С. 175–178.

49. Бриндіков Ю. Л., Шинкарук О. В. Шляхи корекції та виправлення соціальних патологій військовослужбовців учасників бойових дій. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 26-27 жовтня 2017 р.). Хмельницький : ХНУ, 2017. С. 151–152.

50. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. *Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи* : Тези доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 7 листопада 2017 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. С. 19–22.

51. Бриндіков Ю. Л. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до реабілітаційної діяльності з комбатантами на основі використання інноваційних методик та підходів як вимога часу. *Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи*: матеріали Всеукр. (з між нар участю) наук.-практ. конф. (Херсон, 15-16 листопада 2017 р.). Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. С. 143–146.

52. Бриндіков Ю. Л. Діяльність капеланів як інструмент забезпечення соціально-психологічних потреб військовослужбовців учасників бойових дій. *Актуальні дослідження в соціальній сфері*: матеріали десятої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2017 р.) / гол. ред. В. В. Корнєщук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2017. С. 96–98.

53. Бриндіков Ю. Л. Зміст та характеристика стрес-факторів, що негативно впливають на психосоматичний стан комбатантів. *Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій*: матеріали Всеукр. наук. конф. (Дніпро, 24-25 листопада 2017 р.). Частина II. Дніпро: СПД «Охотнік», 2017. С. 294–295.

54. Бриндіков Ю. Л. Потенціал розробки системи організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях. *Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 14 грудня 2017 р.). Комунальний заклад «Харківська

гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради. Х. : ФОП Перов В.В., 2018. С. 36–38.

55. Бриндіков Ю. Л. Соціальна відповідальність як фундаментальна основа соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Збірник науково-методичних праць Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції: «ВЕКТОР». - Вип. 2. Кам'янець-Подільський : «Аксіома», 2017. С. 243–245.

56. Бриндіков Ю. Л. Обґрунтування доцільності професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до організації діяльності з реабілітації сімей комбатантів. *Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих*: зб. наук. праць V Міжнар. наук.-практ. інтерне-конф. (Переяслав-Хмельницький, 27 лютого 2018 р.). Переяслав-Хмельницький : ФОП Домбровська Я.М., 2018. С. 25–28.

57. Бриндіков Ю. Л. Характеристика інноваційних методик діагностики травматичного стресу у військовослужбовців учасників бойових дій. *Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії* : зб. матеріалів, доповідей Всеукр. наук.-практ. конф., (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДУУ, 2018. С. 217–219.

58. Бриндіков Ю. Л. Фізична реабілітація істерії як вияву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій. *Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика* : Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (з міжнар. участю) (Хмельницький, 19 квітня 2018 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2018. С. 143–146.

59. Бриндіков Ю. Л. Соціальна робота з підтримки та захисту учасників АТО та членів їх сімей (приклад м. Хмельницького) *Соціальна робота і соціальна педагогіка: виклики сьогодення* : зб. наук. праць за матер. VII

Всеукр. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 26-27 квітня 2018 р.). Тернопіль : ТНПУ імені В. Гнатюка, 2018. С 17–18.

60. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація комбатантів: системна робота фахівців соціальних структур. *Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Маріуполь, 15 червня 2018 р.). Маріуполь : ДонДУУ, 2018. С. 267–270.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

61. Бриндіков Ю. Л. Гендер: суспільно-політичний аспект. *Часопис Хмельницького університету управління та права «Університетські наукові записки»*. Вип. №3 (43). Хмельницький : Хмельницький університет управління та права, 2012. С. 591–595.

62. Бриндіков Ю. Л. Соціологічний аналіз сім'ї як основи суспільства. *Сталий розвиток економіки. Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. Вип. VII. Менеджмент, маркетинг, підприємництво. Хмельницький : ПВНЗ «Університет економіки і підприємництва», 2012. С. 245–248.

63. Бриндіков Ю. Л. Психологічний аналіз причин і наслідків демографічної кризи в Україні. *Збірник наукових праць : філософія, соціологія, психологія* : Вип. 18. Ч. 2. Івано-Франківськ : Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2013. С. 22–26.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дослідження апробовано на наукових і науково-практичних конференціях різних рівнів:

– *міжнародних*: «Актуальні проблеми підготовки та професійної діяльності фахівців соціальної сфери» (Хмельницький, 2014 р.); «Багатоманітність культур як педагогічна проблема» (Бердянськ, 2015 р.),

«Актуальні дослідження в соціальній сфері» (Одеса, 2016 р., 2017 р.), «Особистість, сім'я та суспільство: питання педагогіки, психології, політології та соціології» (м. Шумен, Болгарія 2017 р.); «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології» (Львів, 2017 р.), «Гуманітарна парадигма як стратегія інноваційного розвитку освіти» (Рівне, 2017 р.), «Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (Київ, 2017 р.), «Пріоритетні напрями розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук» (Одеса, 2017 р.), «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (Київ, 2017 р.), «Соціально-правовий захист населення в умовах воєнних конфліктів та терористичних загроз» (Ужгород, 2017 р.), «Фундаментальні та прикладні дослідження: сучасні науково-практичні рішення та підходи» (Дрогобич, 2017 р.), «Сучасні методики, інновації та досвід практичного застосування у сфері психології та педагогіки» (Люблін, Республіка Польща, 2017 р.), «Забезпечення якості вищої освіти: європейські й національні стандарти та індикатори» (Старобільськ, 2017 р.), «Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму» (Кам'янець-Подільський, 2017 р.), «Сучасна українська освіта: стратегії та технології навчання молоді і дорослих» (Переяслав-Хмельницький, 2018 р.), «Соціальне виховання: від традицій до сучасності» (Київ, 2018 р.);

– *всеукраїнських*: «Формування регіонального лідера: виклики сьогодення» (Хмельницький, 2013 р.); «Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи» (Кам'янець-Подільський, 2015 р.), «Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2016 р.), «Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи» (Хмельницький, 2016 р., 2017 р.), «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців» (Хмельницький, 2017 р.), «Фактори розвитку педагогіки і психології в ХХІ столітті» (Харків, 2017 р.) «Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку

педагогічної науки» (Запоріжжя, 2017 р.), «Сучасні тенденції розвитку української науки» (Переяслав-Хмельницький, 2017 р.), «Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи» (Запоріжжя, 2017 р.), «Проблеми саморозвитку та самовдосконалення особистості в умовах модернізації педагогічної освіти» (Харків, 2017 р.), «Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи» (Хмельницький, 2017 р.), «Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій» (Дніпро, 2017 р.), «Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи» (Херсон, 2017 р.), «Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства» (Харків, 2017 р.) «Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії» (Маріуполь, 2018 р.), «Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2018 р.), «Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика» (Хмельницький, 2018 р.), «Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення» (Маріуполь, 2018 р.);

– *регіональних та міжвузівських науково-практичних семінарах, круглих столах та конференціях*: «Соціально-економічний розвиток України та регіонів» (Івано-Франківськ, 2014 р.), «Сучасні проблеми психології у контексті історико-психологічного пізнання» (Київ, 2016 р.), «Медико-психологічні аспекти реабілітації учасників бойових дій» (Хмельницький, 2016 р., 2017 р.), «Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО» (Хмельницький, 2017 р.).



УКРАЇНА

**ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНО-
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

29000 м.Хмельницький, вул. Заводська, 61/1, тел/факс 74-64-72

„01„ червня 2018р

№ 65\01-06

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Ю. Л. Бриндікова на тему «Теорія та практика реабілітації
військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб»,
що представлено на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук
за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка**

Протягом 2015-2018 рр. результати дисертаційного дослідження Бриндікова Юрія Леонідовича на тему «Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб» набули практичного застосування в процесі здійснення реабілітаційних заходів у центрі.

Позитивні результати отримано від впровадження авторського тренінгу «Антистрес» для військовослужбовців учасників бойових дій», який дав змогу суттєво зменшити прояви та наслідки стресів та посттравматичних стресових розладів у комбатантів. Запропоновані та впровадженні у процесі комплексної реабілітації форми та методи визнані ефективними та такими, що позитивно вплинули на фізичний та психоемоційний стан військовослужбовців.

Зокрема, працівники центру при роботі з комбатантами використовували арт-терапевтичні та ігрові технології, проводили сімейну терапію з комбатантами та членами їхніх сімей.

Одержані результати дають змогу зробити висновки, що розроблена автором модель системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій, має наукове та практичне значення і може бути запропонована для використання у соціальних службах, що здійснюють реабілітацію військовослужбовців.

Директор закладу



А. Андрейчак



УКРАЇНА
ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ СІМ'Ї,
ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

Львівське шосе, 10/1, м. Хмельницький, 29016 Тел. (0382) 76-55-95, факс: (0382) 76-55-58,
 e-mail: hocsssdm@ukr.net, код ЄДРПОУ 22985114

Вих. від 06.06.18р. № 454
 На

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
БРИНДИКОВА Юрія Леонідовича
на тему «ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СИСТЕМІ
СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ»

Цією довідкою засвідчуємо факт впровадження результатів наукового дослідження у практичну діяльність Хмельницького обласного Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо вдосконалення діяльності фахівців про надання соціальних послуг та здійснення соціального супроводу учасників АТО, з метою подолання (мінімізації) складних життєвих обставин, у тому числі проведення психологічної роботи.

Констатуємо, що позитивні результати отримано від авторських напрацювань, які безпосередньо висвітлюють такі практичні аспекти діяльності, як: використання арт-терапії для реабілітації; впровадження ігрових технологій у реабілітаційній діяльності особового складу Збройних Сил України; застосування тренінгових технологій; використання сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців учасників бойових дій. Автор систематично проводив семінари-навчання з персоналом Центру, а також активно співпрацював з комбатантами, організовуючи комплексну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій, яким надається соціальний супровід.

Директор центру



Власюк Т.М.



УКРАЇНА

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

29001, Хмельницька обл., Хмельницький р-н., с. Ружичанка, вул. Визволителів, 3,

тел/факс (03822) 67-24-45, E-mail: ogivov@ukr.net Код ЄДРПОУ 21312761

Вихід. № 412/05.06.18/
Хмельницький обласний
госпіталь ветеранів війни

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Ю. Л. Бриндікова на тему «ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СИСТЕМІ
СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ»

Протягом 2015-2018 рр. результати дисертаційного дослідження Ю. Л. Бриндікова були впроваджені у процес реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій (демобілізованих) Хмельницького обласного госпіталю. Розроблена автором комплексна програма діагностики потреб та проблем військовослужбовців, обґрунтовані організаційно-педагогічні умови дієвості організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях, пройшли практичну апробацію фахівцями закладу.

Створений автором навчально-методичний посібник «Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами» вважаємо вагомим доробком у вітчизняну теорію і практику підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до здійснення реабілітаційних заходів із військовослужбовцями, що приймали участь у бойових діях на сході України.

Фахівці госпіталю, які задіяні у проведенні експериментального дослідження, констатували суттєве підвищення усіх компонентів реабілітованості комбатантів. Одержані результати дають змогу зробити висновок, що розроблені автором практичні механізми (зміст, форми, методи, організаційно-педагогічні умови) організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних сил України, учасників бойових дій (демобілізованих) можуть бути запропоновані для впровадження у заклади соціально-психологічного спрямування, які здійснюють реабілітацію комбатантів. Результати дослідження розглянуто на нараді (протокол №7).

Головний лікар



Бочкарьова О.В.



УКРАЇНА

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
Хмельницька обласна психіатрична лікарня № 1
32120 с. Скаржинці Ярмолинецького району Хмельницької області.
Тел./факс (0382) 70-72-80 e-mail: hopl1kanc@ukr.net
р/р №35417066026751 в ГУДКСУ Хмельницької обл. МФО 815013
ідентифікаційний код 02004580

№651 від 21.06.2018 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження кандидата психологічних наук, доцента кафедри соціальної роботи і соціальної педагогіки Хмельницького національного університету Бриндікова Юрія Леонідовича на тему «Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб»

Бриндіков Юрій Леонідович, автор наукового дослідження, з 2015 по 2018 роки систематично організовував реабілітаційну роботу з учасниками бойових дій, які перебувають на лікуванні та реабілітації в Хмельницькій обласній психіатричній лікарні №1.

Свідчення медичного персоналу та пацієнтів, залучених до дослідження, вказують на позитивну динаміку процесу реабілітації комбатантів. Зокрема, позитивно охарактеризовано тренінг, який дозволив суттєво мінімізувати негативні наслідки бойового стресу та допоміг військовослужбовцям-учасникам бойових дій у формуванні стресостійкої поведінки. Підвищили процес соціально-психологічної реабілітації розроблені автором заняття з сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців, що були учасниками бойових дій. Підтримуємо Ю.Л. Бриндікова у потребі використання комплексного підходу до організації та проведення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Проведена автором практична діяльність з комбатантами довела необхідність системної діяльності та підтвердила ефективність бачення Юрія Леонідовича стосовно практичних механізмів організації та проведення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Головний лікар



В.М. Демчук


 МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ
 УКРАЇНИ
 ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА
 А 3808
 Код 08280683

" 18 " 06 2018 р.
 № 430
 29009 м. Хмельницький

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 кандидата психологічних наук, доцента Хмельницького національного університету
**Бриндікова Юрія Леонідовича на тему «Теорія та практика реабілітації
 військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб»**

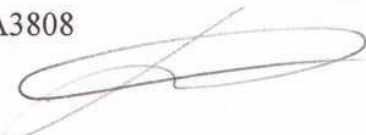
Цією довідкою засвідчується, що результати дисертаційного дослідження Ю. Л. Бриндікова впроваджено у виховний процес військової частини. Протягом 2015–2018 проведено ознайомлення командира і всіх посадових осіб частини з методикою проектування реабілітаційного простору та технологією організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях.

Зокрема, військовий психолог Божок К.К. і заступник командира з морально психологічного забезпечення були залучені до проведення констатувального етапу експерименту щодо з'ясування стану реабілітованості військовослужбовців – учасників бойових дій. Автор розробив комплекс практичних матеріалів для фахівців мультидисциплінарної команди, які проводили реабілітаційні заходи з комбатантами. Констатуємо, що матеріали навчально-методичного посібника «Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами» використовувалися фахівцями-реабілітологами у ході організації і проведення комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій при проведенні арт-терапевтичних занять (ландшафтна арт-терапія), тренінгових занять (тренінг «Антистрес»), індивідуальних психотерапевтичних сеансів з використанням методів раціональної, сугестивної та особистісно орієнтованої психотерапії.

Констатуємо, що дослідно-експериментальну роботу, виконану Ю. Л. Бриндіковим, визнано ефективною, а впровадження авторських напрацювань дало змогу суттєво урізноманітнити зміст комплексної реабілітації військовослужбовців. Методичні матеріали позитивно вплинули на підвищення рівня реабілітованості комбатантів військової частини.

Заступник командира полку з МПЗ – начальник відділення морально-психологічного забезпечення військової частини А3808  **В.П.САДЛОВСЬКИЙ**

ТВО командира військової частини А3808

 **А.А. ДЗЯНИЙ**



ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Ю. Л. Бриндікова на тему «Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб»

Протягом 2015-2018 рр. результати дисертаційного дослідження Ю. Л. Бриндікова були впроваджені у процес здійснення комплексної реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що приймали участь у бойових діях у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону. Розроблена автором діагностична комплексна програма, виділені рівні реабілітованості комбатантів пройшли практичну апробацію фахівцями мультидисциплінарної команди центру.

Створений Ю. Л. Бриндіковим навчальний посібник «Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами» вважаємо вагомим у практичному плані доробком для студентів напрямів підготовки «Соціальна робота» і «Практична психологія», а також для фахівців соціальної сфери, що проводять реабілітаційну діяльність. Також інноваційним вважаємо авторський тренінг «Антистрес» для військовослужбовців.

Комбатанти, які задіяні у проведенні експериментального дослідження констатували суттєве підвищення стану сформованості усіх компонентів реабілітованості. Підтверджуючи ефективність запропонованої Ю. Л. Бриндіковим системи організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, учасників бойових дій, відзначаємо, що вона може бути запропонована для використання у соціальних службах та реабілітаційних центрах.

Начальник Військово-медичного клінічного центру
Центрального регіону
полковник медичної служби



О.І.ЗАВРОЦЬКИЙ



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації

Комунальний заклад «Івано-Франківський обласний госпіталь ветеранів війни»

КЗ «ІФОГВВ»

вул. Шкрумеляка, 26, м. Коломия, Івано-Франківська область, 78200

Тел.(факс): (03433) 4-63-13; 7-23-30, e-mail: if.hospital.gol@ukr.net Код ЄДРПОУ 01111055

14.06.2018 № 01-22/345

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
кандидата психологічних наук, доцента кафедри соціальної педагогіки та
соціальної роботи Хмельницького національного університету
Бриндікова Юрія Леонідовича на тему «Теорія та практика реабілітації
військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб»**

Протягом тривалого часу, з 2015 по 2018 роки, автор Юрій Леонідович Бриндіков систематично організовував реабілітаційну роботу з комбатантами, які перебувають на лікування та реабілітації у КЗ «Івано-Франківський обласний госпіталь ветеранів війни».

Як засвідчив медичний персонал госпіталю, а також психологи та самі військовослужбовці, залучені до дослідження, суттєвий позитивний результат отримано від авторської діяльності. Зокрема, позитивно охарактеризовано тренінг, який дозволив суттєво мінімізувати негативні наслідки бойового стресу та допоміг комбатантам у формуванні стресостійкої поведінки. Підвищили процес соціально-психологічної реабілітації розроблені автором заняття з сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації сімей військовослужбовців, що були учасниками бойових дій. Підтримуємо Ю.Л. Бриндікова у потребі використання комплексного підходу до організації та проведення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Проведена автором практична діяльність з комбатантами довела нагальну потребу у системній діяльності та підтвердила ефективність бачення Юрія Леонідовича стосовно практичних механізмів організації та проведення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій.

Головний лікар

В.Є. Федоришин