

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Соціальна робота
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка
до дипломного проєкту (роботи)
бакалавр
(ступінь вищої освіти)

на тему Особливості та проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій
до умов цивільного життя
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 4 курсу,
групи СН-211

Спеціальності 231 Соціальна робота
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
Соціальна робота

МЕЛЬНИК Д. С.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник СЕРГА Т. О.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент БАРШАЦЬКА Г. Ю.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
Кафедра «Соціальна робота»

Ступінь вищої освіти бакалавр
Спеціальність 231 Соціальна робота
(код і найменування)

Освітня програма (спеціалізація) Соціальна робота
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«14» лютого 2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

МЕЛЬНИК Діани Сергіївни

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Особливості та проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя

керівник проєкту (роботи) к.соц.н., доц. СЕРГА Тетяна Олексіївна
(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «14» лютого 2025 року № 50

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «12» травня 2025 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 90 сторінок, 9 таблиць, 6 рисунків, 59 джерел літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) розглянути психоемоційні і стресові стани УБД як чинники адаптації до умов цивільного життя; виділити проблеми соціальної реадaptaції і реінтеграції учасників бойових дій; проаналізувати проблему вивчення соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій; визначити особливості соціально-психологічної реабілітації як напрямку соціальної роботи з учасниками бойових дій; провести емпіричне дослідження особливостей соціальної адаптації учасників бойових дій в умовах цивільного

життя; розробити модель соціальної адаптації учасників бойових дій в умовах цивільного життя.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Таблиця 1.1 . Моделі бойового стресу (за Г. Кормосом); таблиця 1.2. Реакції на стресові і травмівні події; таблиця 1.3. Прояви психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій; таблиця 1.4. Кризові емоційні стани УБД і членів їхніх родин; таблиця 2.1. Характеристика етапів адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до умов мирного життя; таблиця 2.2. Наукові підходи до реабілітації військовослужбовців; таблиця 3.1. Лінійна кореляція показників синдрому ПТСР та показниками адаптивності; таблиця 3.2. Оцінка якості соціальних послуг з боку закладів соціального захисту і обслуговування (у %); таблиця 3.3. Соціальна підтримка учасників бойових дій та членів їхніх сімей; рис. 3.1. Показники психоемоційного стану військовослужбовців за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; рис. 3.2. Показники симптомів підозри на ПТСР всієї вибірки; рис. 3.3. Середні показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда; рис. 3.4. Вираженість копінг-стратегій в опитаних; рис. 3.5. Показники негативного впливу бойового досвіду на різні сфери життя учасників бойових дій; рис. 3.6. Оцінка учасниками бойових дій затребуваності соціальних послуг;

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Дата, підпис	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	СКРГА Т.О., доцент	17.02.2025	03.03.2025
2	СКРГА Т.О., доцент	04.03.2025	24.03.2025
3	СКРГА Т.О., доцент	25.03.2025	11.04.2025
Норм-ль	НОВАК Т. О., ст. викладач	29.04.2025	02.05.2025

7. Дата видачі завдання «14» лютого 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Затвердження теми	14.02.2025	
2	Затвердження завдання на дипломний проект (роботу)	14.02.2025	
3	Складання змісту	17.02.2025	
4	Виконання першого розділу	03.03.2025	
5	Виконання другого розділу	24.03.2025	
6	Виконання третього розділу	11.04.2025	
7	Формування висновків	14.04.2025	
8	Перевірка роботи керівником	21.04.2025	
9	Оформлення дипломного проекту (роботи)	28.04.2025	
10	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	02.05.2025	
11	Попередній захист дипломного проекту (роботи)	05.05.2025	
12	Подання роботи на кафедру	12.05.2025	
13	Одержання відгуку та рецензії	13.05.2025	
14	Захист дипломного проекту (роботи)	11.06.2025	

Студент(ка) _____ Діана МЕЛЬНИК
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проекту (роботи) _____ Тетяна СЕРГА
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 90 сторінок, 9 таблиць, 6 рисунків, 59 джерел літератури.

Об'єкт дослідження – процес соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Предмет дослідження – особливості соціальної роботи з учасниками бойових дій з метою їх соціальної адаптації до умов цивільного життя.

Мета дослідження – визначити особливості соціальної роботи з учасниками бойових дій з метою їх соціальної адаптації і реабілітації в умовах цивільного життя і розробити модель її реалізації.

У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає: теоретичний аналіз літератури в контексті предмета і завдань дослідження; соціально-психологічне опитування, методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SSPS v. 23.0. for Windows.

Отримані результати можна використовувати в процесі в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників, при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів, військовослужбовцям в процесі ресоціалізації і реадптації.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ, УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ,
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ,
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС

ЗМІСТ

ВСТУП	12
РОЗДІЛ 1. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ.....	15
1.1. Психоемоційні і стресові стани учасників бойових дій як чинник адаптації до умов цивільного життя.....	15
1.2. Проблеми соціальної реадaptaції і реінтеграції учасників бойових дій.....	33
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	42
2.1. Соціальна адаптація військовослужбовців-учасників бойових дій: проблематика вивчення	42
2.2. Соціально-психологічна реабілітація як напрям роботи з соціальної адаптації учасників бойових дій.....	49
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ.....	59
3.1. Емпіричне дослідження особливостей соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя.....	59
3.2. Модель соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя.....	70
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	90

ВСТУП

Повномасштабна російська збройна агресія 24 лютого 2022 року порушила економічний і соціальний розвиток держави і спричиняє катастрофічний негативний вплив на життя та здоров'я громадян. Наслідки війни завдають тривалої фізичної та психологічної шкоди дорослим і дітям. В рази збільшилася кількість верств населення, які постраждали від бойових дій, серед яких найбільше потерпають: внутрішньо переміщені особи (ВПО), які зазнали як матеріальних, так і психологічних втрат, що позначилося на рівні їхнього психосоціального благополуччя; діти із травмивним досвідом (перебування на окупованих територіях, в зонах бойових дій, втрата близьких і батьків, насилля з боку окупантів); учасники бойових дій, для яких показник виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) досить високий, що ускладнює процес адаптації і соціалізації до умов цивільного життя. Тому особливої актуальності для України набуває створення ефективної системи подолання негативних психосоціальних наслідків військової агресії, що передбачає врахування соціальних і психологічних проблем, з якими стикається українське суспільство, деструктивний вплив психологічних змін емоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій, розробку ефективних моделей соціальної роботи з метою соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій до умов цивільного життя.

Серед вітчизняних дослідників, які досліджують проблему впливу негативних психосоціальних і психоемоційних наслідків війни в Україні слід відзначити таких як: А. Голотенко, А. Довгань, О. Євдокімова, Я. Короход, В. Лефтеров, І. Нечітайло, М. Слюсаревський, В. Тюріна, Л. Солохіна, А. Уманець, С. Шостаківська, О. Чабан, О. Хаустова, В. Ющенко та інші.

Процесам соціалізації та адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя присвячені праці Ю. Акименко, В. Алещенко, А. Артеменко, К. Батаєвої, Ю. Бриндікова, О.Б уряка, М. Гіневського, Є. Гриневич,

М. Маркової, Н. Гуцуляка, М. Корнівської, Н. Матейчук, В. Дворецького, Н. Жигайло, Л. Журавльової, Т. Захаріної, О. Колесніченко, О. Кудренко, О. Мельник, О. Орловської, І. Приходько, Г. Пріб, Я. Раєвської, І. Соколової та інших дослідників.

Мета дослідження – визначити особливості соціальної роботи з учасниками бойових дій з метою їх соціальної адаптації і реабілітації в умовах цивільного життя і розробити модель її реалізації.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі завдання:

- розглянути психоемоційні і стресові стани УБД як чинники адаптації до умов цивільного життя;
- виділити проблеми соціальної реадaptaції і реінтеграції учасників бойових дій;
- проаналізувати проблему вивчення соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій;
- визначити особливості соціально-психологічної реабілітації як напряму соціальної роботи з учасниками бойових дій;
- провести емпіричне дослідження особливостей соціальної адаптації учасників бойових дій в умовах цивільного життя;
- розробити модель соціальної адаптації учасників бойових дій в умовах цивільного життя.

Об'єкт дослідження – процес соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Предмет дослідження – особливості соціальної роботи з учасниками бойових дій з метою їх соціальної адаптації до умов цивільного життя.

Гіпотеза дослідження – негативні пролонговані психоемоційні стани (в тому числі прояв симптомів ПТСР) ускладнюють процес соціалізації, адаптації і реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в умовах цивільного життя.

Методи дослідження. У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає: теоретичний аналіз літератури в

контексті предмета і завдань дослідження; психодіагностичний метод (Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана; тест PCL-M, спрямований на визначення підозри на ПТСР; методика діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда), соціально-психологічне опитування, методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SPSS v. 23.0. for Windows.

Для емпіричного дослідження особливостей соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя було проведено психодіагностичне обстеження і соціально-психологічне опитування військовослужбовців, які проходять реабілітацію в Центрах соціально-психологічної реабілітації (листопад 2024 р. – лютий 2025 р.). Вибірка опитаних – 50 осіб.

Отримані результати можна використовувати в процесі в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників, при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів, військовослужбовцям в процесі ресоціалізації і реадптації.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

1.1. Психоемоційні і стресові стани учасників бойових дій як чинник адаптації до умов цивільного життя

Бойові дії виступають фактором надзвичайної сили, які викликають стресові реакції, наслідки яких варіюють від непатологічних до патологічних станів психіки і поведінкових розладів. Тому військовослужбовці знаходяться в групі високого ризику по розвитку психічних розладів, в тому числі реакцій бойового і військово-професійного стресу і посттравматичного стресового розладу, що значною мірою впливає на процеси адаптації УБД до умов цивільного життя. Отже, бойовий стрес виступає тим початковим механізмом, що впливає на подальше психічне функціонування і розвиток особистості військовослужбовця.

Не зважаючи на різні теоретико-методологічні підходи до розуміння стресу, більшість науковців згодні в тому, що стрес – це стан тривалої психологічної напруги, що виникає як реакція на емоційне перенавантаження нервової системи людини. Так, В. Розов [51] стверджує, що будь-який стрес – це емоційне напруження, яке, триваючи впродовж певного періоду, призводить до фізіологічних реакцій організму на цей стан. Сукупність тривалих негативних емоцій провокує не лише психологічні, а й проблеми на психосоматичному рівні, запускаючи механізми виникнення соматичних розладів і захворювань (наприклад, гіпертонічна хвороба, виразковий коліт, безсоння, артрит, часті болі голови та спини). Дж. Брайт [8] виділяв конструктивний стрес, який сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів адаптації особистості до стресових подій і ситуацій, і деструктивний стрес, який набуває хронічної форми, подолання наслідків якого можливе через надання

психологічної і психотерапевтичної допомоги.

В. Лісіцин виділяє серед психофізіологічних детермінантів стресів монотонію, стан втоми і перевтоми, сенсорну депривацію, надмірні шумові навантаження, порушення ритмів сну та бадьорості, високу тривожність викликану негативними подіями пов'язаними з війною. Сам стрес, як психологічне поняття, виникає як реакція організму на подразники, сила яких перевищує адаптаційні можливості організму та призводить до неспецифічної реакції, які є індивідуальними для кожної людини (ставлення до конкретної стресової ситуації, думки, почуття тощо). Враховуючи особливості подразника, а це тривалий період карантину через КОВІД-19, що спричинило комунікативну депривацію [16], початок воєнної агресії росії проти України, що змінила звичне життя кожної людини, виділяють фізичний та емоційний стрес, які призвели до психологічного дисбалансу.

Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє. У 1936 році Г. Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребують змін. Цю реакцію він назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Його формулювання було таким: «Стрес – це стан неспецифічної напруги у живому організмі, що виявляється у реальних морфологічних змінах у різних органах та особливо в ендокринних залозах, що контролюються гіпофізом». Г. Сельє цей стан назвав як «загальний адаптаційний синдром», де написав про це статтю у науковому журналі «Nature». Після багатьох років дослідження феномена стресу Г. Сельє сформулював його визначення: «Стрес – неспецифічна відповідь організму на будь-яку висунуту до нього вимогу» [57, с. 14].

В концепції Г. Сельє виділяють три основні положення:

– фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресору (синдром відповідної реакції – це універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму);

– у динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому наявні три стадії адаптації: стадія тривоги (мобілізації), яка зумовлює тимчасове зниження резистентності організму, стадія резистентності (стійка адаптація до дії стресору) і стадія виснаження як наслідок виснаження адаптаційних можливостей;

– якщо захисна реакція тривала та виснажує ресурси фізіологічних механізмів, тоді виникає хвороба і зрештою організм гине [19].

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій, тобто «стресорів» або «стрес-факторів» (Дж. Шкейд, С. Шульц [16]). По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання (Ю. Щербатих). По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану.

Ще однією відомою теорією стресу є модель Х. Вольф, згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. Х. Вольф вважав стрес центральним в житті людини, тому що життя полягає у постійній адаптації [13]. Теорія Х. Вольфа, так само як і теорія Г. Сельє відносяться до так званих моделей відповідних реакцій, де стрес розглядається як фізіологічна реакція у відповідь на вимоги оточуючого середовища. Дотичною до окреслених моделей стресу є і модель Д. Механік. Центральним елементом в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, яка визначається автором як спосіб, яким індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними нею і яка має два прояви: подолання (coping) – боротьба з ситуацією, захист (defence) – боротьба з почуттями, зумовленими

ситуацією. Подолання, «опанування» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою і здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами [11].

Отже, незважаючи на різні методологічні підходи до розуміння стресу (в основі яких дослідники виділяють в якості провідних психофізіологічні і соціально-психологічні чинники), стрес визначають: як реакцію на зовнішні і внутрішні стимули, пов'язані із загрозою і небезпекою; як чинник психологічної напруги, що виявляється в емоційних станах тривоги, страху, безвихідності, агресії, гніву тощо; виникненню стресу передують вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного і катастрофічного характеру. Саме війна, участь у бойових діях виступають сильними факторами виникнення стресових станів великої інтенсивності та емоційної модальності, що знайшло теоретичне відображення в понятті «бойовий стрес».

Аналізуючи сутність поняття «бойовий стрес» слід відмітити, що з клінічної точки зору, під цим поняттям слід розуміти сукупність психічних змін (порушень), пережитих військовослужбовцями (виникають у них) в процесі адаптації до специфічних умов бойової обстановки (бойовим стресорам), несприятливим для життєдіяльності і загрозливим їх здоров'ю і життю [37, с.116] (К. Кравченко). В ідеалі бойовий стрес повинен призводити до формування адаптивних стресових реакцій і, в цілому, до підвищення адаптабельності організму до екстремальних впливів (в тому числі, факторам бойової обстановки). Однак часто бойовий стрес призводить до патологічних проявів (бойових стресових розладів), а також різних форм відхилень поведінки [46, с. 18] (О. Ляш).

О. Кудренко зазначає, що бойовий стрес включає в себе очікувані і прогнозовані емоційні, інтелектуальні, фізичні і поведінкові реакції осіб, які були схильні до стресогенного впливу подій і факторів військових операцій або операцій підтримання миру і стабільності. За визначенням І. Приходько бойовим стресом прийнято вважати постійну напругу всіх ресурсних систем

організму людини: імунної нервової, психічної систем. Все це направлено на подолання стресової ситуації [57, с. 194]. Під бойовим стресом М. Тадевосян розуміє різновид негативного психологічного впливу на фахівця при здійсненні ним професійної діяльності [6, с. 20].

О. Блінов характеризує «бойовий стрес» як психічне відображення стресової реакції у військовослужбовців в результаті впливу факторів бойової діяльності [5, с. 19]. Бойовий стрес спонукає до радикальних змін в афективній, когнітивній та поведінковій сфері військових, здійснює значний вплив на успішність їх професійної діяльності, і таким чином вимагає психологічного захисту від його впливу [36, с. 161] (С. Костючков).

Як зазначає Л. Кузнєцова [39, с. 75] поняття «бойовий стрес» включає звичайну реакцію на розумове і емоційне напруження, що може привести до зниження чутливості, уповільнення реакції на зовнішні подразники, порушення координації рухів, ослаблення уваги і пам'яті, що безумовно знижує або ставить під загрозу виконання бойових завдань. Бойовий стрес часто плутають з посттравматичним стресовим розладом або бойовою психічною травмою, яка може виникнути після того, як хтось пережив травматичну подію. Посттравматичний стресовий розлад – більш важке явище і воно часто може заважати людині виконувати повсякденні обов'язки і вимагає більш інтенсивного лікування.

А. Шиделко під бойовим стресом розуміє багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму і особистості в умовах бойової обстановки, що супроводжується значно перевершують повсякденний рівень по тривалості та інтенсивності психічними і фізичними навантаженнями, психогенними впливами поранень, травм і захворюванні, переживання спостережуваних випадків загибелі людей, супроводжуваний напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних і особистісних змін [1, с. 7].

Н. Жигайло в понятті «бойовий стрес» розуміє особливу форму стресу, що протікає по загальному адаптаційному синдромі. Бойовий стрес в

більшості випадків носить характер дистресу, причому відрізняється дуже високою, часто позамежною для організму, інтенсивністю впливу, і супроводжується психічними розладами з передпатологічними та патологічними наслідками [23, с. 64].

Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднав їх у моделі (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Моделі бойового стресу (за Г. Кормосом)

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

Отже, незважаючи на деякі відмінності щодо інтерпретації поняття «бойовий стрес», слід зазначити, що саме він є фактором психологічної травматизації військовослужбовців.

У людей із травмівними стресовими переживаннями суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви) (таблиця 1.2). Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

Таблиця 1.2

Реакції на стресові і травмівні події

Фізичні	Когнітивні	Емоційні	Поведінкові
Утруднене дихання; запаморочення; підвищений кров'яний тиск; непритомність; втома; скреготання зубами; головний біль; тремтіння; нудота; біль; сильне потовиділення; швидке серцебиття; нервові посмикування; слабкість.	Звинувачення інших; змінена (надмірна) настороженість; збентеження; гіперпильність; підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності; інтрузивні образи; проблеми з пам'яттю; кошмари; погане абстрактне мислення; погана увага; погана концентрація; утруднене прийняття рішень; утруднене вирішення проблем.	Збудження; тривога; недобре передчуття; відмова (заперечення); депресія; емоційний шок; страх; відчуття переповнення (переобтяження); горе; почуття провини; неадекватні емоційні реакції; дратівливість; втрата контролю над емоціями.	Зловживання алкоголем; асоціальні вчинки; зміни у діяльності; зміни у спілкуванні; зміни у сексуальній активності; зміни у мовленнєвих шаблонах; емоційні спалахи; неможливість відпочивати; зміна апетиту; безцільне ходіння туди-сюди; посилення стартрефлексу (здрігання); підозрілість; соціальне відчуження (ізоляція).

Сьогодні активно розробляється концепція переживання травматичних подій (феномен психологічної травма). Поширюється термін «психосоціальні наслідки катастроф» (В. Краснов) [34, с. 19], в якому враховуються взаємопов'язана сукупність негативних змін психічних і психоемоційних

станів, поведінкових патернів постраждалих, специфіки соціальної взаємодії і функціонування в соціумі, зворотний зв'язок із мікросоціальним оточенням, які у певній мірі можна об'єднати терміном «психічна дезадаптація».

Інша концепція психологічної травматизації представлена соціально-гуманістичним напрямком (А. Красило), згідно яким «психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони» [34, с. 19]. В основі соціально-гуманістичної концепції психологічної травми лежить поняття гармонійності або дисгармонійності соціалізації індивіда, яка створює або перешкоди для подолання наслідків психологічної травматизації (закріплення негативних і дезадаптивних установок і схем інтерпретації досвіду), або навпаки мобілізує внутрішні адаптаційні ресурси особистості.

У результаті впливу психотравмуючої ситуації у людини починають виникати як невротичні реакції і неврози, так і розлади поведінки. Як зазначив Ю.Казаков, «особистісна стійкість до патогенного впливу бойової ситуації формується в людини у процесі її індивідуального соціально-психічного розвитку, адекватність сприйняття дійсності, збереження самокритики, визначення суб'єктивного істинного сенсу життя і смерті, психологічна готовність до будь-яких наслідків ушкодження психічного здоров'я визначають узагальнену характеристику конкретної біполярності кордонів здоров'я – травма на основі резервів гомеостазу, гомеокінезу і психокінезу.

Отже, психотравмуючі ситуації витупають підґрунтям виникнення психотравмуючих переживань як стану, який характеризується гостротою, тривалістю, повторюваністю негативних психоемоційних переживань, що можуть призводити до клінічних форм психічних, поведінкових і адаптаційних розладів і порушень психічного функціонування [6, с. 94]. Дослідження неврозів, реактивних станів, психопатичних та інших нервово-психічних розладів, у походженні яких провідне місце посідає

психотравмуюче переживання, дозволяють визначити коло таких станів. Це стан незадоволеності, туги, пригніченості (субдепресивні стани), тривога, страх, занепокоєння, невпевненість, безпомічність (стани фобічного кола), емоціна напруженість, а також складна сукупність станів, що виникають через наявність внутрішнього конфлікту, коли людина стикається з надмірними перешкодами та труднощами [7, с. 19].

Систематизувавши наукові дослідження щодо вивчення механізмів розвитку психологічної травматизації, О. Колесніченко визначив її п'ять стадій, тривалість яких залежить від багатьох факторів [34, с. 30-31].

1. Стадія мобілізації. Ця стадія пов'язана із процесом адаптації до екстремальної ситуації та її наслідків надзвичайного і катастрофічного характеру (втрата близьких, руйнування, поранення, загострення інстинкту самозбереження тощо). На поведінковому рівні випробовуються нові, незвичні способи поведінки і освоєння нового життєвого досвіду, що відображається як на психологічному рівні, так і на рівні мобілізації захисних сил організму шляхом активації вегетативної нервової системи.

2. Стадія іммобілізації. Після зниження гостроти та інтенсивності впливу екстремальної ситуації знижується потреба людини в максимальній мобілізації психічних і фізичних резервів індивіда, однак виникають проблеми іншого порядку, коли задіюються механізми психологічного захисту. Стадія іммобілізації включає в себе дві підстадії: психологічне заціпеніння і заперечення психотравми. Психологічне заціпеніння характеризується уповільненою психофізіологічною реакцією, загальмованістю, спостерігається афективна блокада психічних процесів. Заперечення психологічної травматизації характеризується тим, що в цей момент людина спростовує роль психотравматизації, її значення у формуванні своїх психічних особистісних змін. Саме цей прояв є первісником симптомів ПТСР. На цьому етапі особистість прагне викреслити зі свого життя всі події, пов'язані з травматичним досвідом, у неї превалує вибіркова реакція психологічного захисту.

3. Стадія агресії. Переважає дратівливість і агресивність, людина стає тривожною, висуває підвищені й часто необґрунтовані вимоги до оточення, у неї виникають різноманітні страхи, кошмарні сновидіння, іноді важкозрозумілі спалахи гніву, спрямовані на оточення чи на самого себе.

4. Стадія депресивних реакцій, основними проявами якої є пригніченість, безпорадність, відчуття нікчемності і непотрібності, апатія, загальмованість, зниження настрою, апетиту, енергетичного тону, створюється підґрунтя для виникнення психосоматичних розладів і посилення симптоматики психогенної депресії, що переходить у форму прихованої депресії.

5. Стадія відновлювального процесу. На цій стадії виникають процеси звільнення від психотравми під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів. У випадку, коли ця стадія не настає, спостерігається хронічний процес циклічного повторення попередніх фаз, що призводить до нозологічних форм прояву розладів особистості (ГСП та ПСТР) [34, с. 30-31].

Як зазначає О. Колесніченко, розгляд динамічних особливостей формування психологічної травми в умовах бойової обстановки дозволяє визначити принципові відмінності між «класичною» психогенією і «бойовою психологічною травмою». Бойовий стрес має приховану фазу у вигляді астенізації, виснажливого впливу факторів бойової обстановки. Необов'язковою умовою є одужання після припинення дії бойового стресу, що вважається загально визнаним критерієм «класичної» психотравми. Початкова фаза формування психотравми в умовах бойових дій характеризується психологічними адаптивними реакціями фізіологічного рівня, які здебільшого закінчуються одужанням і не досягають хворобливого рівня. Разом із тим слід відзначити значну кількість осіб, схильних до такого роду реакцій. Це створює значний «патопластичний матеріал» для подальших психологічних відхилень [34, с. 31].

Військовослужбовець, який бере участь у бойових діях, піддається екстремальному за своєю природою психотравмуючому впливу. На

військовослужбовців, що опинилися в бойових умовах, діють різні психотравмуючі чинники, які можуть викликати як безпосередні порушення психічної діяльності у вигляді реактивних станів, так і відтерміновані в часі, але глибинніші реакції. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони військових дій. У цей і пізніший періоди відбувається тісна взаємодія стресорів бойової обстановки з поступово мінливим під їх впливом психобіологічним субстратом особистості.

Завдяки стресовому механізму закріплюються нові емоційно-поведінкові навички і стереотипи, першочергово значущі для збереження життя. Усвідомлений і неусвідомлений рівні психосоціального стресу охоплюють увесь адаптаційний потенціал особистості. Його брак призводить до дезінтеграції психічної діяльності, формування неефективних форм адаптаційних реакцій.

Обидві взаємопов'язані ланки патогенезу – адаптація й ушкодження – впливають на специфіку клінічного оформлення й динаміку стресових розладів в умовах бойової обстановки. Порівняльне оцінювання об'єктивних психотравмуючих чинників бойової обстановки та суб'єктивних уявлень військовослужбовця про вкрай негативні наслідки війни, що призводять до аверсивних психологічних переживань, є однією з основних завдань у вивченні бойової психологічної травматизації військовослужбовців.

Основні фактори бойової психологічної травматизації, що впливають на стійкість психічного здоров'я (психологічної безпеки особистості) і готовність до бойового стресу, умовно прийнято об'єднувати в кілька груп [34, с. 32-33] (О. Колесніченко):

- специфічно-професійні (загроза життю, обстріли, засідки, підриви на мінах; масова загибель, вид трупів і спотворених тіл; надання допомоги пораненим, робота з мертвими тощо);

- ситуаційно-психогенні чинники включають: умови місцевості в поєднанні зі спекотним кліматом, перегрівання, переохолодження, високу

вологість, пил, гуркіт, ревіння, гул, акустичний удар, вібрацію, удари повітряної хвилі, струс, падіння, погану видимість (яскраве світло, спалахи, темрява, туман), загазованість і задимленість, спрямовану енергію від озброєння, іонізуючу радіацію, тривалі марш-кидки з важкою амуніцією, зброєю та ін.;

– соціально-психологічні: ізоляція від родини і суспільства; обмеженість емоційних та інтелектуальних контактів своєї статево-вікової групи; непопулярність військових дій у країні; безуспішність військових дій, великі бойові втрати; засоби інформаційно-психологічного впливу противника; національність військовослужбовця, етнічно близька національності громадян у зоні бойових дій; схожість віросповідання з релігією однієї зі сторін збройного конфлікту; чуже етнокультурне середовище; ворожість місцевого населення і кримінальна обстановка (мародерство, бандитизм, тероризм); конфлікти в родині, важке матеріальне становище учасника бойових дій; низька соціальна підтримка комбатантів після їх повернення із зони бойових дій;

– особистісні: біологічні (порушення фізіологічного ритму сну і неспанья; сенсорне перевантаження або депривація; зневоднення і виснаження організму внаслідок дефіциту харчування, вітамінів, одноманітна їжа; погані гігієнічні умови; фізичні перевантаження або недостатня рухливість; інфекційні захворювання; загострення хронічних хвороб; поранення або каліцтво тощо) та індивідуально-психологічні (когнітивний та емоційний аспекти).

Наслідки психотравмуючого бойового стресу виявляються в різноманітних формах, які ще повністю не вивчені. Як зазначає С. Василенко, вони найчастіше проявляються [10, с. 48]: у втраті сенсу життя; у відчутті нереальності свого існування; у виникненні відчуття наближення катастрофічних змін у житті, швидкої смерті тощо; в неадекватному заниженні або завищенні самооцінки; в раптових і несподіваних для самого військовослужбовця змінах сприйняття «Я-образу»; у втраті почуття

самоідентичності, відчутті внутрішньо-особистісної дезінтеграції; у виникненні почуття безпорадності або, навпаки, у неадекватній переоцінці власних можливостей; у постійному прагненні переосмислити власний досвід участі у бойових діях та змодельовати сценарій поведінки у психотравматичних ситуаціях; у підвищеній тривожності або, навпаки, неадекватному реальній ситуації нехтуванні небезпекою; у підвищенні емоційної чутливості, сентиментальності або, навпаки, у зниженні емоційної сензитивності і уникненні близьких емоційних контактів з оточуючими; у підвищеній дратівливості, запальності і агресивності в поведінці; у суїцидальних думках і суїцидальних настроях.

Бойовий стрес і пролонгована психологічна травматизація позначаються на психоемоційних реакціях і станах військовослужбовців після закінчення бойових дій і повернення додому (демобілізація, ротація, відпустка тощо), модальність та інтенсивність яких залежить як від специфіки пережитого психотравмуючого досвіду, так і від індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовця. Гострота негативних і деструктивних психоемоційних станів варіюється від помірно депресивних до інтенсивних емоційних реакцій і посттравматичного стресового розладу, які ускладнюють або зовсім унеможливають соціальну і психологічну адаптацію до умов цивільного життя.

Перебування в зоні бойових дій супроводжується сильним психотравмуючим впливом через екстремальні ситуації, в які потрапляє учасник бойових дій, що неминує впливає на психологічний стан, в тому числі й після повернення до цивільного життя. Військовослужбовці-учасники бойових дій переживають морально-психологічні, фізичні навантаження, що руйнують звичне сприйняття, змінюють поведінку. В ряді досліджень автори дійшли висновку, що приблизно 25-30 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, переживають хронічні посттравматичні стани, що викликані впливом стресових факторів [40]. Реакціями організму на психотравмуючу ситуацію можуть стати:

– фізичні реакції (безсоння, постійна втома; проблеми зі шлунком та вживанням їжі; головний біль та пітливість при думці про війну; швидке серцебиття і дихання; загострення наявних захворювань);

– емоційні реакції (погані сни, кошмари; часті негативні спогади про війну; злість, ненависть; відчуття безпорадності, страху, нервування; відчуття суму, самотності, непотрібності; відчуття збудження, схвильованості; відчуття шоку, оніміння, неможливості відчувати позитивні емоції; легко погіршуваний настрій; почуття провини, сорому, самосуду; почуття безнадії щодо майбутнього) [1, с. 9-10]

Колектив дослідників Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець [44, с. 50] сформулювали систематизовану інформацію щодо проявів психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Прояви психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій

Фізичні реакції	Утруднене дихання, запаморочення, підвищений кров'яний тиск, непритомність, втома, скреготання зубами, головний біль, тремтіння, нудота, біль, сильне потовиділення, швидке серцебиття, нервові посмикування, слабкість
Когнітивні реакції	Звинувачення інших, змінена (надмірна) настороженість, збентеження, гіперпильність, підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності, інтрузивні образи, проблеми з пам'яттю, кошмари, погане абстрактне мислення, погана увага, погана концентрація, утруднене прийняття рішень, утруднене вирішення проблем
Емоційні реакції	Збудження, тривога, недобре передчуття, відмова (заперечення), депресія, емоційний шок, страх, відчуття переповнення (переобтяження), горе, почуття провини, неадекватні емоційні реакції, дратівливість, втрата контролю над емоціями
Поведінкові реакції	Зловживання алкоголем, асоціальні вчинки, зміни в діяльності, зміни у спілкуванні, зміни в сексуальній активності, зміни у мовленнєвих шаблонах, емоційні спалахи, неможливість відпочивати, зміна апетиту, безцільне ходіння туди-сюди, посилення старт-рефлексу (здригання), підозрілість, соціальне відчуження (ізоляція)

Більш загальну класифікацію представляє дослідник Р. Кадиров, виділяючи такі реакції: психологічні реакції, дезадаптивні реакції, гострі афективні реакції, психоневротичні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні реакції [52, с. 253].

Якщо адаптація до умов цивільного життя проходить із більшими ускладненнями, за певних ознак можна стверджувати про дезадаптивність. Дослідник проблеми психологічної адаптації військовослужбовців В. Чайка виділив ознаки дезадаптованості: переживання тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, необхідних для їхнього вирішення; нервово-психічні захворювання, депресії, виснаження нервової системи, серцево-судинні захворювання [51, с. 102]. Переживання адаптації в учасників бойових дій проявляється індивідуальними ознаками. В разі складного психологічного стану, проявів клінічних симптомів, довготривалого стресового стану, людині необхідна спеціалізована допомога. Але навіть якщо симптоматика не виражена яскраво, або не виражена зовсім, вплив від пережитих травмуючих подій може проявитися згодом, адже «посттравматичний синдром – це бомба уповільненої дії, він може проявитися через півроку, а може і через десять років» [9, с. 178].

О. Тополь підкреслює, що дезадаптація особистості виникає на ціннісному, психологічному, соціальному рівнях. При цьому відбувається зміна соціального статусу військовослужбовця, який на війні є професіоналом, від якості роботи якого залежить результат війни, до того ж його місія почесна і відповідальна, бо саме від нього залежить перемога та доля всієї країни. При поверненні до звичайного мирного життя, в силу того, що військовий досвід військовослужбовець не може застосувати, він виявляється неконкурентоспроможним на ринку праці, що змушує його займатись некваліфікованою працею, а часом і вдаватись до правопорушень, оскільки в «силовій сфері» він відчуває себе більш впевнено, ніж в «інтелектуальній». Зміни особистісних рис можуть стати перепонами для налагодження

комунікацій в умовах миру, викликаючи соціальну ізолюваність, підтримку контактів лише з бойовими товаришами [30].

Розмежують патологічний і непатологічний характер соціальної дезадаптації учасників бойових дій. Непатологічна дезадаптація характеризується окремими відхиленнями в поведінці і переживаннями суб'єкта, пов'язаними з недостатньою ресоціалізацією, соціально-неприйнятними установками особистості, отриманими під час військової служби, різкою зміною умов існування (від напружених, сповнених ризику і афективно насичених під час бойових дій, до досить спокійних, «сірих», «буденних» у мирному житті), розривом значущих міжособистісних відносин (втрата родини, смерть батьків), неможливістю займатися звичною роботою чи продовжувати навчання (через отримані травми, хвороби, каліцтво) та ін. [18, с. 18].

Виокремлюють два основні клінічні варіанти розладів адаптації:

– афективний варіант. Містить підваріанти: депресивний (депресивна оцінка себе, середовища та перспектив, відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість, фіксація на негативних подіях свого життя; можуть виникати відчуття безвихідного становища, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин; невпевненість щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшення мотивації до трудової діяльності); тривожний (переважно відбувається порушення інших емоцій: відчуття психічного і фізичного дискомфорту, немотивована напруженість, нав'язливі уявлення, загальна стурбованість та нервозність, неможливість розслабитись, відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей); змішаний (поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги);

– поведінковий варіант проявляється у дезадаптивній або дизсоціальній поведінці: надмірна збудливість та дратівливість, короткочасні реакції образи, гніву, агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і

конфліктною поведінкою. Також спостерігається нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих.

В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки. Основним чинником, що травмує психіку учасників бойових дій є тривале перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Необхідно зазначити, що всі психічні розлади, включаючи ПТСР, мають схожу динаміку розвитку: від реакції на подію до появи хворобливого стану. На думку Ю.Александровського [19, с. 23-24] розвиток психічних розладів в людини, що пережила екстремальну подію, відбувається за типовою схемою:

- період очікування, якщо подія могла бути передбачуваною. Для цього періоду є характерними тривога, ажитація, спроба уникнути переживання загрози шляхом підтримання піднесеного настрою або перемикання уваги;

- гострий період, що має декілька стадій: заціпеніння, що супроводжується мимовільними й несвідомими діями; – шоку, що супроводжується відчуттями страху, відчаю, запаморочення, спраги, виникненням «тунельних» станів або надмірної мобілізації; психофізіологічної демобілізації, що супроводжується усвідомленням події, що сталася, очікуванням її повторного впливу, погіршенням самопочуття, моральності поведінки, розгубленістю, депресивними реакціями; стадію розв'язку, що характеризується поступовою стабілізацією самопочуття й настрою зі збереженням почуття втоми й зниженого емоційного фону, а згодом – появою в постраждалого бажання виговоритися; стадію відновлення, на якій в постраждалого активізується спілкування, емоційність, поліпшується самопочуття, сон;

- підгострий період, що настає через місяць після події й вирізняється станом фрустрації, порушенням сну, психосоматичними розладами;
- хронічний період, що триває від 6 місяців до декількох десятків років й характеризується фіксацією в пам'яті постраждалого пережитих подій, наростанням симптомів патології особистості.

Вивчення ПТСР дало змогу науковцям установити наявність більш вираженої стійкої симптоматики на трьох основних етапах.

1. Етап невротичних (неврозоподібних) реакцій тривалістю від 3 до 12 місяців характеризувався патологічними змінами й виявлявся переважно за типом психогенних та аномальних особистісних розладів.

2. Етап невротичних і патохарактерологічних станів розвивався через 1–5 років після перенесеного бойового стресу на тлі додаткових астенізуючих чинників (перевтома, соматичне захворювання, психоемоційні навантаження в побуті, на роботі тощо).

3. У найбільш несприятливих випадках динаміки спостерігалася під час третього завершального етапу ПТСР, який характеризувався переходом хвороби в хронічний статус (етап невротичного й патологічного розвитку особистості). Для нього властиве тривале (понад 3 роки) формування стійкої патохарактерологічної структури (передусім це стосується учасників афганської війни).

У клінічній картині ПТСР вчені [19, с. 24-25] виділяють три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події.

Симптомами уникнення є реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть

викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті, недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози тощо.

Отже, негативні психоемоційні стани військовослужбовців, обумовлені психологічною травматизацією і бойовим стресом, ускладнюють або унеможлиблюють процес соціалізації та адаптації після закінчення бойових дій.

1.2. Проблеми соціальної реадaptaції і реінтеграції учасників бойових дій

Поняття соціальної реадaptaції означає, що після проходження служби в армії або після прийняття участі в бойових операціях військовослужбовцям необхідно пройти повторний процес адаптації до цивільного життя, навіть якщо до проходження служби в армії їхня соціальна адаптація була успішною. Як зазначає Л. Корель, «реадaptaція – це відновлення адаптації чи поворотна адаптація до того середовища (чи його елементів), відносно якого мала місце дезадаптація» [4, с. 87-88]. Соціальна реадaptaція військовослужбовців означає процес та результат пристосування військовослужбовця до соціального оточення після повернення з лав армії на попереднє або нове місце проживання, показниками якого є прийняття соціокультурних цінностей та норм нового середовища; розміщення в освітній чи професійній сфері; встановлення дружніх, романтичних або шлюбних відносин з іншими людьми, набуття членства в соціальних групах; ідентифікація з новим соціальним оточенням.

В загальному сенсі цей процес представляє собою соціальну інтеграцію військовослужбовця. Так, за Г. Ессером соціальна інтеграція особистості / групи має чотири аспекти: акультурацію, розміщення (*placement*), взаємодію (*interaction*) та ідентифікацію. Акультурація (або культурна інтеграція) – це процес придбання актором знань, засвоєння культурних стандартів і розвитку компетенцій, необхідних для успішного існування в суспільстві. Розміщення (або структурна інтеграція) означає, що людина знаходить своє місце в суспільстві та знаходить права в освітньому або економічному контексті, в професійній або цивільній сфері. Взаємодія (або інтерактивна інтеграція) передбачає встановлення дружніх, романтичних або шлюбних відносин з іншими людьми, набуття членства в соціальних групах. І, нарешті, ідентифікація (або ідентифікаційна інтеграція) – це результат ототожнення людини з соціальною системою в цілому або окремими групами.

А. Белова виділяє три контексти соціальної адаптації військовослужбовців: соціально-побутовий, професійний і внутрішньо особистісний. Вона зазначає, що колишні військовослужбовці та члени їхніх сімей в період адаптації до цивільного життя відчують значні психологічні проблеми під впливом таких факторів, як зміна цінностей, зміна соціального статусу, критичні життєві ситуації. У колишніх військовослужбовців є «цінності, які краще розвинені (такі, як чесність, порядність, схильність до порядку), й менш розвинені або взагалі відсутні (прагнення до творчості, спонтанність, автономність)» [4, с. 92], що може ускладнювати процес соціальної адаптації до цивільного життя.

В. Яровий зазначає, що соціальна реінтеграція учасників бойових дій відбувається після повернення демобілізованих учасників бойових дій до трудової діяльності в цивільному житті. Він вважає, що колишні учасники бойових дій не готові повернутися до своєї трудової діяльності, яка в них була до служби в армії або до ситуації участі у військових операціях, внаслідок яких їхня психіка зазнала значних змін. Хоча держава і гарантує збереження трудового місця за військовослужбовцями, проте виникає питання про

неготовність учасників бойових дій працювати на попередньому робочому місці [94, с. 140].

Під час соціальної адаптації УБД можуть виникнути різні бар'єри, в подоланні яких їм може бути потрібна суспільна допомога: професійний бар'єр (після повернення до цивільного життя перед військовослужбовцем постає завдання знайти роботу); психологічний бар'єр (психологічна неготовність військовослужбовців до цивільного життя, до пошуку та безпосередньо праці на новому робочому місці, незадоволеність своїм життям або ставленням найближчого оточення/суспільства до його/її досвіду); матеріальний бар'єр (для багатьох військовослужбовців є проблемою саме матеріальна сторона; доки ветеран не знайде роботу, йому/їй може допомагати родина чи держава, внаслідок чого в нього/неї може сформуватися комплекс неповноцінності або почуття приниженості).

Як зазначають О. Ляска, П. Федірко і О. Березкін, основними проблемами що пов'язані зі звільненням військовослужбовців, є «радикальна зміна всього способу життя; переїзд на нове місце проживання; погіршення матеріального становища; втрата житла і невпевненість у можливості його отримання на новому місці; проблеми працевлаштування та необхідність підготовки до життєдіяльності в нових умовах; відсутність гарантованої зайнятості після служби; нерозвиненість системи професійної підготовки й перепідготовки військовослужбовців запасу, їх працевлаштування; недостатня практична реалізація пільг і прав громадян, звільнених зі Збройних сил; збереження в багатьох кадрових військовослужбовців колишніх стереотипів дій перед і після звільнення, пов'язаних із очікуванням допомоги від держави; звичка розраховувати на формалізований соціальний захист військової структури; невідповідність до дій в умовах нової економічної ситуації в країні, втрата кваліфікацій членами сімей військовослужбовців; - відкрите ігнорування органами військового управління різного рівня проблемами колишніх військовослужбовців» [45, с. 417].

Адаптація особистості в умовах бойових дій до цивільного життя є складним процесом пристосування, що включає у себе велику кількість аспектів та стосується ряду сфер життєдіяльності особи. Складнощі адаптації перш за все пов'язані із необхідністю пристосовуватися до нових умов, адже психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та інше) [35, с. 107].

У дослідженні О. Кокуна виділено дві групи чинників, що впливають на успішність адаптації:

– суб'єктивні фактори (професійна кваліфікація та досвід людини, її особистісні особливості, потреби, загальні та професійні інтереси, мотиви, світогляд, переконання й установки, життєвий досвід, особливості психічних функцій, нейродинамічних якостей, емоційні та вольові компоненти, задоволеність роботою, психофізіологічні можливості та психофізіологічний стан, працездатність тощо);

– об'єктивні (умови діяльності людини, вид, характер та величина навантаження, психологічний клімат, соціально-побутові умови тощо). Такий розподіл факторів, на нашу думку, досить вдало розкриває психологічні особливості адаптаційного процесу учасників бойових дій, виділяючи внутрішньо-психологічні, індивідуальні особливості і зовнішні психологічні фактори, пов'язані із впливом соціального оточення і середовища.

Травматичні події та обставини кардинально змінюють звичний спосіб життя людей, їх побут, стосунки, мрії, цінності, пріоритети, що потребує постійної адаптації до кризових умов. Наявність кризи, з одного боку, може негативно відобразитись на умовах життя, а з іншого – спонукати до пошуку нових можливостей, втілення нереалізованого потенціалу та прихованих людських ресурсів, вироблення ефективних психологічних стратегій адаптації. Так, Г. Пріб і співавтори виділяють два типи факторів адаптації особистості в умовах бойових дій [48, с. 106]:

– перший тип: фактори, що сприяють успішній адаптації особистості. Ці фактори здійснюють позитивний вплив, допомагають особі адаптуватися до нових умов середовища, до прийнятих в ньому норм і правил поведінки, пристосуватися до нової соціальної ролі, переосмислити своє місце в суспільстві. Такі фактори стимулюють особу до повноцінного включення у соціальну діяльність, допомагають у відновленні після травматичного досвіду;

– другий тип: фактори, що перешкоджають успішній адаптації особистості. Такі фактори здійснюють скоріше деструктивний вплив, підтримують руйнівну поведінку особи, негативну оцінку життєвої ситуації, не сприяють або перешкоджають відновленню та в цілому ускладнюють процес адаптації особи.

У багатьох вітчизняних дослідженнях наводяться різноманітні фактори першого і другого типу. Наведемо деякі із них. Дослідниця І. Галецька в контексті вивчення особливостей соціальної адаптації визначає критерії успішної соціальної адаптації, зокрема: суб'єктивне самооцінювання ступеня адаптації; позитивний емоційний стан; наявність можливостей для подальшого розвитку; позитивне ретроспективне оцінювання через певний час [12, с. 92]. Таким чином, акцент тримається на позитивному оцінювання ситуації та оптимістичному погляді. Р. Федоренко виокремлює три основні постулати успішної психологічної адаптації: спілкування, прийняття бійця таким, яким він є, і допомога фахівців [16, с. 273].

Особливого значення набуває роль емпатії в питаннях адаптації військовослужбовців до соціуму. Так як природа емпатії є біопсихосоціодуховним утворенням [24] із базовим психологічним механізмом емоційного перемикавання (переключення з емоцій об'єкта на емоції її суб'єкта), то вивчення динаміки різномодального реагування суб'єкта на емпатогенну ситуацію є необхідною умовою розуміння процесів, що відбуваються під час взаємодії людини із соціумом, особливо процесу адаптації, так як біполярний розвиток емпатійності буде впливати на напрямок поведінки суб'єкта: від асоціальної до просоціальної поведінки. Отже, прояв

емпатійності сприяє соціально-психологічній адаптації підвищуючи рівень емоційного комфорту в процесі спілкування й реінтеграції в соціум.

Важливою психологічною умовою успішної соціалізації і адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій є сімейна адаптація. Аспект сімейної адаптації розглядається як процес адаптації членів сім'ї учасника бойових дій до нових умов взаємного існування після того, як завершилася виконувана діяльність.

Тоді, коли військовослужбовець перебуває в зоні бойових дій і адаптується до умов виконуваної діяльності, члени його сім'ї також переживають адаптативний період – кожен живе різним життям, усі пристосовуються до умов життя порізно. Відокремлений від сім'ї, військовослужбовець у зоні бойових дій включений до нової діяльності: він функціонує як частина мікросоціальної групи, піклується про свою безпеку та безпеку побратимів, переживає бойовий стрес. Натомість члени його сім'ї справляються з робочим і побутовим навантаженням самотійно. «Тривалість розлуки на рік чи більше закріплює ці «різні» способи життя», – зауважується в дослідженні [55, с. 81].

Після завершення служби учасник бойових дій повертається до цивільного життя, до проживання разом із сім'єю – цей момент возз'єднання членів сім'ї є довгоочікуваним, проте може ускладнитися психологічним станом після пережитого досвіду. З огляду на складний процес адаптації учасники бойових дій потребують підтримки – в такому разі сім'я вбачається його вагомим ресурсом. Важливість підтримки, емпатії, розуміння, співпереживання членів сім'ї в період адаптації не піддається сумніву, оскільки для більшості учасників бойових дій «... сім'я служить компенсуючим чинником у професійній діяльності і відіграє роль емоційного притулку» [50, с. 252].

Більшість військовослужбовців, які пережили бойову травматичну подію, намагаються змінити умови життя на нові, а короткочасні неприємні симптоми зникають. Але у деяких вони залишаються, що може викликати

погіршення стану. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку. За даними психологів Масариківського університету, які наведені в таблиці 1.4, виділяють чотири кризові стани, які можуть виникати у людини під час переживання війни.

Таблиця 1.4

Кризові емоційні стани УБД і членів їхніх родин

Види кризового стану	Що відчуває людина
Відчуття невизначеності і втрати власної ідентичності	Під час війни людині може здаватися, що її життя та майбутнє втратили сенс. Що все, чого вона досягла за попередні роки, втрачено назавжди і ніколи не повернеться. Людина відчуває втрату свого «Я». Під час таких переживань члени родини можуть відчувуватись один від одного, відчувати тривогу щодо спільного майбутнього
Відсторонення від реальності і самого себе	Людина нібито відсторонюється від реальності. Все, що відбувається навколо неї, сприймається як сон або щось таке несправжнє. Або, навпаки, світ, який був до бойових дій, може сприйматися як нереальний. Суб'єктивно особистість переживає неприємні стани відсторонення від себе та своїх переживань, емоцій і фізичного стану. Людині здається, що вона нібито спостерігає за своїм життям зі сторони, а її думки та емоції переживає хтось інший. Такі стани супроводжуються відчуттям тривоги, страху, паніки. В цей період людина максимально відсторонюється від своєї родини, мало спілкується, замикається в собі. Дуже важливо, щоб члени родини допомагали у цей період
Відчуття страху	Страх може супроводжуватись тривогою. Може з'явитися страх за своє життя, за життя близьких, за майбутнє. Під час відчуття страху людина може панікувати, робити безцільні рухи та дії, які можуть нанести шкоду собі та близьким
Відчуття гніву	Людина може відчувати гнів, агресію, спрагу до помсти, тим самим провокуючи конфлікти в родині. Підвищена агресія та роздратованість через страшні події в країні може навіть перейти до вуличних сутичок. Дуже важливо зберігати рівновагу, а якщо не вдається, треба розповісти рідним про свій стан

Отже, для успішної адаптації учасника бойових дій важливою є психологічна атмосфера в родині. Як зазначає О. Орловська, психологічній адаптації і покращенню стосунків у сім'ях УБД сприятиме наступне: членам сім'ї необхідно прийняти та усвідомити зміни, які відбулися або відбудуться у

людині та зрозуміти зміну системи цінностей людини, нові «правила життя» після її перебування в зоні бойових дій; членам сім'ї рекомендується не намагатися прискорити події, а дати час, який для нього буде достатнім для адаптації, а також створити умови та сприяти тому, щоб учасник бойових дій знайшов свій власний спосіб адаптації до мирного життя, створити атмосферу довіри в сім'ї, з повагою ставитись до особистих меж людини та окреслювати свої, проявляти терпіння, повагу та зберігати спокій.

Окрему групу складають внутрішньо особистісні психологічні чинники, які представляють собою адаптаційний ресурс і властивості особистості учасника бойових дій, що дозволяють успішно пройти процес соціалізації та адаптації. Так, досліджуючи вікові особливості адаптації учасників бойових дій О. Мельник [47, с. 8] виокремлено індивідуальні чинники, що впливають на адаптацію військовослужбовців: психологічне благополуччя, копінг-стратегії, життєстійкість, резилентність, посттравматичне зростання. У роботі О. Мельник досліджувалися добре адаптовані учасники в умовах бойових дій, в яких визначили риси, які цьому сприяли: виражена резилентність (здатність до подолання стресів), життєстійкість, адаптивні копінг-стратегії і помірно психологічне благополуччя. Друга частина учасників в умовах бойових дій, яким була характерна квазіадаптація, виражали помірну резилентність і життєстійкість, відносно адаптивні копінг-стратегії, високий рівень психологічного благополуччя. Третю групу становили учасники із дезадаптацією – вони демонстрували низький рівень таких показників, як психологічне благополуччя, резилентність, посттравматичне зростання, а також помірну або невиражену життєстійкість [47, с. 15].

На процес соціальної інтеграції впливає трудова діяльність та можливість кар'єрного розвитку. Перекваліфікація, підвищення рівня знань, перенавчання на нові спеціальності дозволяє УБД працевлаштуватись та успішно залучитись в систему соціальних відносин. Як зазначають психологи, демобілізований УБД при адаптації до мирного життя стикається з такими труднощами, як: зміна кола спілкування, зниження рівня довіри, проблема

підпорядкування, відстороненість, неадекватне реагування на звичні події, алкоголізм, послаблення інтелектуальних процесів, труднощі у вияві почуттів, підозрілість та ін. [15, с. 211]. Також на адаптацію впливають умови, в які потрапляє ветеран після війни та наявність підтримки з боку держави та суспільства.

Висновки до першого розділу

У першому розділі досліджено психосоціальні проблеми, з якими стикаються учасники бойових дій у процесі повернення до цивільного життя. Особливу увагу приділено впливу бойового стресу на психоемоційний стан військовослужбовців, що ускладнює їхню соціалізацію та адаптацію після завершення бойових дій. Встановлено, що психотравмуючий досвід може спричиняти розвиток невротичних станів і порушень поведінки, які перешкоджають ефективному входженню до мирного соціуму. Проаналізовано проблеми соціальної реадaptaції та реінтеграції учасників бойових дій, зокрема визначено психологічні чинники, які впливають на процес повернення до мирного життя, роль індивідуальних особливостей особистості, вплив середовища, а також специфіку сімейної адаптації. Психоемоційний стан ветерана розглянуто як ключову умову його успішної соціалізації.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

2.1. Соціальна адаптація військовослужбовців-учасників бойових дій: проблематика вивчення

Як предмет соціально-психологічного дослідження адаптація учасників бойових дій постає як система багатогранних проблем, принципіві аспекти яких знаходять свій відбиток у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі. Теоретичну основу досліджуваної проблеми становлять роботи зарубіжних авторів, які досліджували стресові та посттравматичні стресові явища у ветеранів в'єтнамської та інших воєн, серед яких А. Арнольд, С. Бентлі, К. Бланк, Д. Бредлі, Де. Фаціо, В. Емері, Б. Грін та ін. Дослідженням особливостей психологічної і соціальної адаптації військовослужбовців, що були учасниками бойових дій присвячено праці також М. Романюк та співавторів [15] і Т. Захаріної. Серед робіт вітчизняних вчених варто відмітити дослідження В. Акіменка, П. Померанцева, Н. Гуменюк, Я. Грицака та ін. присвячені інтеграції та соціалізації учасників бойових дій та жертв збройних конфліктів. Після 24 лютого 2022 року, коли розпочалася повномасштабна російсько-українська війна кількість військовослужбовців, які приймають участь в активних бойових діях, значно зросла і тому проблема соціалізації та адаптації учасників бойових дій (УБД), які вийшли на ротацію чи були демобілізовані (особливо через стан здоров'я), набула ще більшої актуальності.

Адаптація – 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 [7, с. 46-47].

Стосовно соціально-психологічної адаптації, дослідники [49] 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.

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»))» [7, с. 47].

Адаптація військовослужбовців та членів їх сімей включає такі основні складові:

1) психологічну – оволодіння системою цінностей (нормами, установками, зразками поведінки), культурою, які існують у цивільному середовищі, з метою виконання наявних у ньому вимог до особистості;

2) правову – освоєння правових норм, які регламентують соціальний і правовий статус особи, звільненої з військової служби, та членів її сім'ї, визначають їх права, обов'язки та можливості, а також оволодіння

інформацією про державні органи, установи й організації, які можуть допомогти в освоєнні таких норм та реалізації своїх прав і соціальної позиції;

3) професійну – залежно від професії спеціалізоване удосконалення наявних професійних знань, умінь і навичок або оволодіння новими та подальше успішне працевлаштування» [14, с. 70-71].

Як зазначає В. Проша, адаптація військовослужбовців до умов життя в цивільному середовищі – це суспільний процес їх активного пристосування до нових соціальних умов проживання в цивільному середовищі з ринковою системою взаємостосунків, який передбачає освоєння норм і правил цього середовища, оволодіння професією, спеціальністю, реалізацією своїх прав, у тому числі на працю, формування в собі нових правил поведінки і нового самоусвідомлення, що забезпечує безболісний, комфортний перехід до нових умов життя [64, с. 98].

На думку В. Кравчук, зміна поведінки є однією з головних причин дезадаптації учасника бойових дій, адже бійці переносять на мирне життя ті моделі поведінки, які перейняли у військових діях. Поведінку учасника бойових дій дуже важко передбачити, ці особливості поведінки допомагають адаптуватись та вижити на війні, але це і ускладнює адаптацію людини до мирного життя, звичайні люди просто не розуміють поведінку УБД. Часто серед ветеранів війни виникає девіантна поведінка, прояв насильства відбувається як по відношенню до інших так і до себе [70, с. 141].

Під соціально-психологічною реадаптацією О. Караяні розуміє процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «прилаштування» їх до системи соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Її необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій для профілактики розвитку у них посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дезадаптації, конфліктів з оточуючими. Одним із аспектів соціально-психологічної адаптації є взаємини військовослужбовців / ветеранів, учасників бойових дій із членами сім'ї, близьким оточенням та друзями після повернення до умов цивільного життя.

Ю. Бриндіков охарактеризував етапи адаптації військовослужбовців до мирного життя (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

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

Етапи	Характеристика
Перший – Підготовчий	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
Другий – Стартової психічної напруги	Інформаційна невизначеність і передбачення можливих складних ситуацій спричиняють появу сильної психічної напруги, що виражається в складних емоційних переживаннях, порушеннях сну і вегетативних змінах організму
Третій – Гострих психічних реакцій входу	Можуть виникати позитивні емоційні переживання (ейфорія, гіпоманіакальність), що супроводжуються підвищеною руховою активністю. При цьому усувається інформаційна невизначеність і людина виявляється надмірно поінформованою. Окрім цього, цей етап може супроводжуватися психічною напругою, пов'язаною із загрозою для життя. За умови емоційного розв'язання проблеми, людина відчуває повну поінформованість, впевненість у матеріальному стані та засобах порятунку і в правильності своїх дій при виникненні непередбачених ситуацій
Четвертий – Переадаптації	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
П'ятий – Завершального психічного напруження	З'являються незвичайні психічні стани, що характеризуються емоційною лабільністю, порушеннями ритму сну і бадьорості
Шостий – Гострих психічних реакцій виходу	Відбувається кардинальна зміна функціональних систем психофізіологічної організації, що супроводжується появою незвичних психічних станів, порушенням пізнавальних процесів, емоційного регулювання та рухової діяльності
Сьомий – Реадаптації	Відбувається відновлення процесів відображення, системи відносин і координації рухів, адекватних для звичайних умов життя

Отже, характер перебігу соціально-психологічної адаптації військовослужбовців / ветеранів, учасників бойових дій значною мірою залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, як-от, воля, швидкість виникнення психічних процесів та їх стійкість, ціннісні орієнтації, життестійкість, уміння справлятися із стресовими ситуаціями та інші особистісні риси.

У різних дослідженнях визначаються певні аспекти соціально-психологічної адаптації такі, як:

- 1) урівноважування (між індивідуумом та середовищем, взаємна терпимість до системи цінностей і стереотипів поведінки одне одного);
- 2) псевдоадаптація (поєднання зовнішньої пристосованості до обстановки з негативним ставленням до її норм та вимог);
- 3) пристосування (визнання і прийняття основної системи цінностей нової ситуації, взаємні поступки);
- 4) уподібнення (психологічна переорієнтація, трансформація попереднього досвіду відповідно до нової ситуації).

Виходячи з цього, Г. Пріб, Я. Раєвська та Л. Бегеза відзначають, що «військовослужбовцями / ветеранами, учасниками бойових дій можуть використовуватись різні стратегії та механізми соціально-психологічної адаптації, а також поєднання різних видів адаптації: імітація адаптації – особистість зовнішньо адаптується при внутрішньому неприйнятті ситуації; урівноваження між власними цінностями та цінностями соціального середовища; уподібнення певним моделям поведінки життєдіяльності відповідно до особливостей соціального середовища; пристосування із повним прийняттям та визнанням цінностей соціального середовища та ін.» [58].

Таким чином, соціалізацію та адаптацію військовослужбовців – учасників бойових дій треба розглядати в контексті соціальної адаптації, що включає багато інших аспектів – психологічний, культурний, ціннісний, комунікативний, професійний, освітній тощо.

Соціальна адаптація – це стан взаємин особистості і соціального середовища, що характеризується наявністю суб'єктивних і об'єктивних обставин, що дозволяють особистості без особливих зовнішніх і внутрішніх (психологічних) конфліктів, продуктивно здійснювати професійну діяльність, задовольняти свої соціогенні потреби. Це складний соціально-психологічний механізм соціалізації особистості, що включає, зокрема, освоєння людьми нових соціальних ролей, формування мотиваційної сфери, сприйняття індивідами себе, свого оточення і багато інших психологічних явища, стану, освіти. Це буде сутністю соціальної адаптації [114, с. 19].

За визначенням Л. Корель [4, с. 87] соціальна адаптація – це процес і результат пристосування особистості, соціальної групи, організації або товариства до внутрішніх і зовнішніх змін у суспільному житті. Поняття соціальної інтеграції як різновиду соціальної адаптації означає процес взаємодії між людиною та соціальним оточенням, внаслідок якої зберігається унікальність та оригінальність ціннісної системи кожного з них та одночасно встановлюються множинні зв'язки/контакти між ними.

А. Артеменко і К. Батаєва виділяє три основні контексти соціальної адаптації військовослужбовців до цивільного середовища, застосовуючи поняття транзиту:

- транзит через вищу чи професійно-технічну освіту;
- транзит через сферу зайнятості;
- транзит через створення/підтримання соціальних контактів зі «значущими іншими» (членами родини, друзями).

Аналізуючи запропоновану А. Артеменко і К. Батаєвою контекстуальну концепцію соціальної адаптації військовослужбовців, ми вважаємо, що саме створення / підтримання соціальних контактів зі «значущими іншими» (членами родини, друзями) виступає фактором успішної соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Слід зазначити важливу роль соціальної підтримки військовослужбовців в процесі соціальної адаптації. Кожна держава, в якій відбувалися бойові дії,

відповідно до можливостей і рівня свого розвитку формує економічну та соціальну політику щодо захисту прав та інтересів учасників бойових дій. Важливим є формування толерантного ставлення суспільства до військовослужбовців. Саме тому С. Денисюк і В. Корнієнко основними організаційними та теоретико-методичними завданнями соціально-медико-психологічного супроводу адаптації ветеранів та учасників бойових дій у напрямі самореалізації військовослужбовців до умов цивільного життя визначили:

- планування і здійснення заходів, спрямованих на пом'якшення соціально-економічних і суспільно-психологічних наслідків, пов'язаних зі звільненням військовослужбовців;

- організація заходів щодо зниження соціальної напруженості в місцях розміщення військових формувань і проживання громадян, звільнених з військової служби;

- створення умов і можливостей для здобуття освіти, перепідготовки та працевлаштування;

- розробка пропозицій щодо вдосконалення законодавства про права, пільги та соціальні гарантії військовослужбовців, громадян, звільнених з військової служби, та членів їх сімей;

- вдосконалення механізмів та інститутів соціальної адаптації військовослужбовців» [20, с. 112].

Отже, процес успішної соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя залежить від багатьох соціальних, психологічних, економічних і соціокультурних факторів соціальної підтримки, однак цей процес неможливий без надання соціально-психологічної допомоги у формі заходів соціально-психологічної реабілітації.

2.2. Соціально-психологічна реабілітація як напрям роботи з соціальної адаптації учасників бойових дій

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 відносять не тільки інвалідність, а й міграцію, безробіття, відбування покарання в місцях позбавлення волі тощо. У нашому дослідженні ми притримуємося думки, що реабілітація є складним багатограним поняттям, яке буквально означає «відновлення». Саме тому, науковці 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.

Термін «реабілітація» походить від пізнелатинського «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» [7, с. 54].

Згідно з визначенням Міжнародної організації праці, під реабілітацією розуміється «відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними або психічними можливостями з метою досягнення максимальної повноцінності з фізичної, психічної, соціальної і професійної точок зору». При цьому характер травми або характер захворювання хворого, як правило, не мають значення. Особи з дефектами розвитку, травмами, тривалими захворюваннями неврологічного, терапевтичного, психічного або будь-якого іншого характеру, а також особи, які брали участь у бойових діях як всередині країни, так і за її межами потребують реабілітації. На засіданні комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по реабілітації в 1968 році було вирішено, що під реабілітацією слід розуміти «комбіноване застосування медичних, соціальних, навчальних і професійних заходів з метою досягнення і використання потребуючого контингенту своїх максимальних функціональних можливостей» [7, с. 54-55].

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» [7, с. 56]. Актуальним є підхід науковців, 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 є визначення реабілітації, запропоноване О. Берецькою. 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» [7, с. 56].

Відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» учасники бойових дій – це особи, які брали участь у виконанні бойових завдань по захисту Батьківщини у складі військових підрозділів, з'єднань, об'єднань всіх видів і родів військ Збройних сил діючої армії (флоту), у партизанських загонах і підпіллі та інших формуваннях як у воєнний, так і у мирний час [63].

Державна ветеранська політика (Державна політика соціального захисту ветеранів війни) є комплексною та передбачає різноманітні пільги в системі охорони здоров'я, у сфері матеріальної підтримки та оподаткування, в системі освіти, у сфері зайнятості населення, а також житлові пільги та інші пільги.

Пільги у системі охорони здоров'я передбачають відновлення фізичного та психічного здоров'я демобілізованих з лав ЗСУ та інших військових формувань й включають в себе психологічну реабілітацію, фізичну реабілітацію, протезування, санаторно-курортне лікування, безоплатне одержання ліків. Надання пільг в цій сфері регулюється численними нормативно-правовими актами та забезпечується різними державними органами у системі центральних органів виконавчої влади.

Зупинимося на аналізі сутності реабілітації військовослужбовців. Так, у розумінні Я. Радиш і О. Соколової [9, с. 104], – це «система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності». Ю. Бриндіков представляє 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» [7, с. 58].

Реабілітація в цьому контексті постає не лише як процес фізичного і психічного відновлення, а як комплексне втручання, що охоплює всі ключові

сфери життєдіяльності людини – від медичної допомоги до інтеграції в соціальне середовище.

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. 2.2).

Таблиця 2.2

Наукові підходи до реабілітації військовослужбовців

Підходи	Автори	Сутність
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 пільг
Комплексний	Н. Алаликіна, О. Дідик, Л. Литвиненко	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 [82]; 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

Серед підходів реабілітаційної діяльності найефективнішими є комплексний, акмеологічний, міжкультурний підходи. Розглянемо їх детальніше. Так, комплексний підхід до соціальної реабілітації не виключає необхідності використання механізмів соціального 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 [22] як показник ефективності реабілітації.

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.

По-іншому представляє комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко [42]. До психологічної складової комплексного підходу науковець відносить: навчання (психоедукацію), кризове консультування, індивідуальну психотерапію (до 8 сесій), групову психотерапію (до 5 сесій, в одній групі може бути присутніми не більше 10 осіб, тривалість групової роботи – 1,5-2 години), релаксаційні методи із засвоєнням елементів аутогенного тренування, метод ТОМАТІС (нейросенсорна стимуляція).

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.

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-трудоного 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, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби тощо.

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», «психологоакмеологічну» 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» [48] 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» [42, с. 40].

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

- повернення військовослужбовців до бойового строю;
- підготовка до активної професійної діяльності та перехід на вищий рівень;
- підготовка до життя в умовах мирного суспільства;
- повернення бажання жити, не допускаючи при цьому емоційно-психічних зривів;
- формування мотивації до висхідної мобільності в нових умовах;
- нормалізація психічного стану;
- відновлення порушених або втрачених особою психічних функцій;
- гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);
- надання допомоги для налагодження конструктивних відносин з референтними особами і групами.

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.

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» [7, с. 119].

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.

Для створення належних умов соціальної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками збройних конфліктів, виникає необхідність розглядати цей процес з огляду на три групи факторів (табл. 2.3).

Це індивідуальні особливості (психічний і фізичний стан, мотивація), інституційні умови (наявність фахівців і послуг) та соціально-економічні чинники (житло, зайнятість, фінансова підтримка). Їх урахування забезпечує ефективність реабілітаційного процесу.

Таблиця 2.3

Структурні рівні соціальної реабілітації

Фактори		
макросередовища	мікросередовища	внутрішньо особистісні
<ul style="list-style-type: none"> • 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-психологопедагогічної підтримки військовослужбовців та членів їхніх сімей 	<ul style="list-style-type: none"> • порушення стабільності сімейних відносин; • соціальнопобутова 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 дає можливість для констатації того, що проблеми реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій 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.

Висновки до другого розділу

У другому розділі розглянуто теоретичні аспекти соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя. Адаптація визначається як процес повернення до мирного середовища через соціальну, професійну та психологічну інтеграцію. Проаналізовано підходи до реабілітації, зокрема комплексний, що охоплює координацію дій, реалізацію програм та підтримку на різних рівнях. Виокремлено психологічну та соціальну реабілітацію, які спрямовані на відновлення психічного стану, соціального статусу та здатності до активної участі в житті.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ДО УМОВ
ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ3.1. Емпіричне дослідження особливостей соціальної адаптації
учасників бойових дій до умов цивільного життя

Для виявлення особливостей соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій умовах цивільного життя було проведено психодіагностичне обстеження і соціально-психологічне опитування військовослужбовців, які проходять реабілітацію в Центрах соціально-психологічної реабілітації (листопад 2024р.-лютий 2025р.). Вибірка опитаних – 50 осіб. За віковими категоріями опитані розподілилися наступним чином: 27-40 років – 24 особи, 40-55 років – 26 осіб. Вибірка випадкова, сформована за критерієм доступності і встановленим рівнем довіри.

Метою дослідження є: визначення особливостей соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій умовах цивільного життя. Завданнями дослідження виступили:

- дослідження особливостей психоемоційного стану військовослужбовців (включаючи ризик або наявність ПТСР);
- визначення рівня адаптованості УБД до умов цивільного життя;
- аналіз впливу психоемоційного стану на соціалізацію і адаптацію військовослужбовців;
- виявлення особливостей особливості копінг поведінки військовослужбовців;
- основні проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя;

– оцінка рівня задоволеності і затребуваності соціальних послуг для УБД.

Основними параметрами і методиками дослідження виступили:

1. Психоемоційний стан військовослужбовців-учасників бойових дій:

– методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка;
 – тест PCL-M. Дана шкала самооцінки ґрунтується на критеріях DSM-IV та включає 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому 29 впродовж минулого місяця. Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL-M – це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL-S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту. Діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Одна із стратегій підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» одне із питань діапазону 1-5, не менш як «3» серед питань 6-12, і мінімум «2» серед питань 13-17. Пропонується граничний бал 3 або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу. В твердженнях перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

2. Визначення рівня адаптованості УБД до умов цивільного життя за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда, адаптовану Т. Снегірвоюю. Стимульний матеріал представлений твердженнями, які сформульовані в третій особі без застосування займенників, що дозволяє уникнути впливу «прямого ототожнення» і нейтралізувати установки випробуваних на соціально-бажані відповіді. Автори виділили наступні критерії адаптованості і дезадаптованості

особистості: «прийняття себе – неприйняття себе», «прийняття інших – неприйняття інших», «емоційний комфорт – емоційний дискомфорт», «внутрішній – зовнішній локус контролю», «домінування – підлеглість», «прагнення до есканізму (уникнення проблем). Також дана методика дозволяє визначити відсоткову вагу інтегральних показників: адаптація, самоприйняття, прийняття інших, емоційна комфортність, інтернальність, прагнення до домінування.

3. Кореляційні зв'язки між результатами за методикою PCL-M і методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда – методи математичної статистики.

4. Особливості копінг поведінки військовослужбовців – Опитувальник копінг-стратегій. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій.

5. Основні проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя: результати соціально-психологічного опитування.

6. Оцінка рівня задоволеності і затребуваності соціальних послуг для УБД: результати соціально-психологічного опитування.

Для визначення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців було застосовано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. На рис. 3.1 представлено рівні вираженості показників (у % опитаних).

За результатами дослідження найбільший показник психоемоційного стану має тривожність, що виявляється у відчутті тривоги, небезпеки і невпевненості у майбутньому. У майже половини опитаних виявлено середній рівень тривожності, що носить переважно ситуативний характер. Показник фрустрації також більше виражений, що вказує на неможливість чи ускладненість задоволення потреб. Агресивність як показник психоемоційного стану має середні значення, хоча 12-15 % опитаних виявляють високий рівень агресії до оточення. Ригідність як емоційне

неприйняття війни і змін власного становища виявляють 25,6 % опитаних, що свідчить про нездатність переживання стресу і неможливість самостійно знайти внутрішні ресурси (індивідуальна резилієнс) для переоцінки свого ставлення до себе, інших людей і світу в цілому.

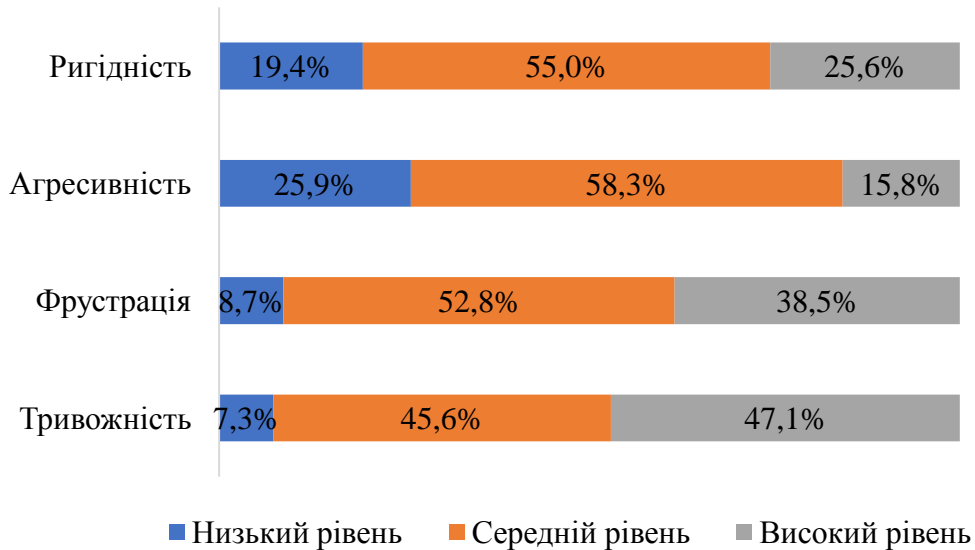


Рис. 3.1. Показники психоемоційного стану військовослужбовців за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

Розглянемо результати тесту PCL-M (рис. 3.2). Відсутність симптомів ПТСР зафіксована у 44 % учасників бойових дій.

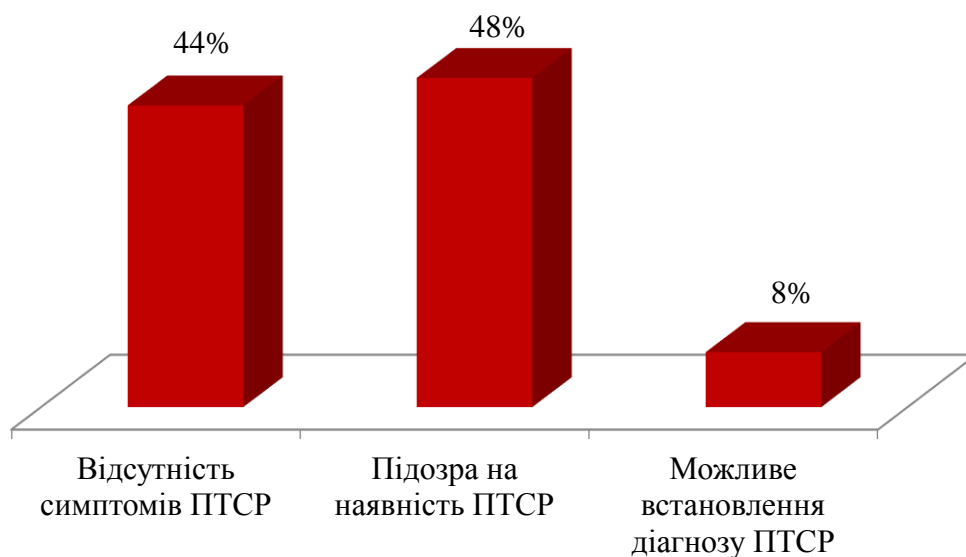


Рис. 3.2. Показники симптомів підозри на ПТСР всієї вибірки

Підозра на наявність ПСТР спостерігається тільки у 48 % респондентів УБД. Можливе встановлення діагнозу ПТСП (показник синдрому ПТСП більше 50 балів) присутня у 2 % УБД. Виходячи із отриманих даних, можна дійти висновку про високий рівень підозри на наявність ПТСП (майже половина респондентів) та присутність симптомів ПТСП (майже десята частина учасників).

Результати методики діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса і Р. Даймонда представлено на рис. 3.3. Дані представлено в середніх значеннях для інтегральних шкал: адаптивність, самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, інтернальність, прагнення до домінування. Взагалі по експериментальній вибірці за показниками виявлено середній рівень вираженості шкал.

За показниками було отримано наступні результати. Високий рівень адаптованості виявили 22,5 % опитаних, низький рівень – 13,75 %.



Рис. 3.3. Середні показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда

За показником прийняття себе високий рівень вираженості виявлено у 22,5 % опитаних, а негативне самоствалення у 38,75 %. 32,50 % опитаних виявили високий рівень прийняття інших і 46,25 % – середній рівень, що свідчить про високий рівень прагнення до встановлення міжособистісних стосунків, адекватність оцінки поведінки інших і конструктивність при вирішенні конфліктних ситуацій. Високий рівень показника «прагнення до домінування» виявлено у 50% військовослужбовців.

Проведемо лінійний кореляційний аналіз по Пірсону показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту PCL-M. В таблиці 3.1 встановлено низький рівень кореляційного зв'язку між показниками, крім інтегрального показника адаптивності ($r=0,269$) і емоційної комфортності та синдромом ПТСР ($r=0,391$).

Таблиця 3.1

Лінійна кореляція показників синдрому ПТСР та показниками адаптивності

Показники адаптованості	Показники кореляції
Інтегральний показник адаптації	0,269**
Емоційна комфортність	0,391**
Емоційний дискомфорт	- 0,078
Ескапізм	- 0,115
Інтегральний показник емоційної комфортності	0,069
Інтегральний показник прагнення до домінування	0,071

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки; *- $p \leq 0,10$, **- $p \leq 0,05$, ***- $p \leq 0,01$.

Відомо, що коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона чутливий до аномальних значень (викидів). Проаналізувавши додатково порівняльну таблицю кореляційних зв'язків показника синдрому ПТСР та показників тесту Роджерса-Даймонд спостерігаємо наявність у 18 % респондентів середньої

сили кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування.

Отже, підозра на наявність ПСТР негативно впливає на процес адаптації. Для УБД характерна тенденція при наявності підозри на синдром ПТСР займати активну соціальну позицію, намагатися вийти із стресу через бачення нових можливостей у своєму житті та спроби опиратися на силу своєї особистості. Для УБД спостерігається наявність середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та інтегральним показником адаптації і показником емоційної комфортності. Також спостерігається наявність у 18 % респондентів середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування. У майже в третини учасників спостерігається наявність підозри на ПТСР. Параметром що, визначає резилієнс особистості як ресурсу соціальної адаптації є домінування копінг-стратегій. Результати дослідження представлені на рис. 3.4. та виражені у відсотках від максимальної кількості балів, що свідчать про високий рівень напруження копінга. Висока напруженість копінга (у діапазоні вище 60 %) свідчить про виражену тенденцію до дезадаптації. Знижений рівень копінга (у діапазоні до 30-40 %) свідчить про адаптивний варіант копінг-стратегії.



Рис. 3.4. Вираженість копінг-стратегій в опитаних

Найбільший рівень напруженості стратегії «уникнення» (63,2 %) вказує на те, що військовослужбовці, які повернулися до цивільного життя, у ситуаціях зіткнення з труднощами схильні реагувати шляхом ігнорування проблеми, фантазуванням, відволіканням, можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях. Наступною за рівнем напруження є стратегія «пошук соціальної підтримки» (61,7 %) спрямовує до пошуку нових ресурсів, потрібної інформації, поради, співчуття, конкретної дієвої допомоги, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування їх підтримки та уваги.

Стратегія «самоконтроль» (52,7 %) свідчить про те, що опитані намагаються позбавитись негативних переживань завдяки цілеспрямованому їх придушенню, стримуванню емоцій з метою мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації. Копінг-стратегія «планування розв'язання проблем» (50,1 %) вказує на подолання проблеми завдяки цілеспрямованому аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, особистого та колективного досвіду і наявних ресурсів. Копінг-стратегія «позитивне переосмислення» (49,6 %) свідчить про тенденцію до позитивного переосмислення проблемних ситуацій, знаходження в даних ситуаціях позитивних аспектів та стимулів для особистісного зростання.

Стратегія «дистанціювання» (46 %) знаходиться на середньому рівні напруження. З метою подолання негативних переживань опитані знижують суб'єктивну значущість проблемної ситуація, тим самим зменшують ступінь емоційної залученості до неї. Стратегія «конфронтація» (43,2 %) за умови помірною використання забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і заповзятливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси.

Найменш напруженими стратегіями опанувальної поведінки у опитаних є «прийняття відповідальності» (32,2 %), тобто військовослужбовці на низькому рівні усвідомлюють свою роль у виникненні проблеми, її вирішення

та не схильні прогнозувати наслідки прийнятих рішень. Нездатність об'єктивно бачити ситуацію та передбачати варіанти її розгортання може призводити до самокритики, самобичування, переживання почуття провини, незадоволеності собою.

Отже, для військовослужбовців домінуючими копінг-стратегіями як способами подолання труднощів, стресових ситуацій і відновлення психологічного благополуччя є: уникання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки.

Оцінка рівня задоволеності і затребуваності соціальних послуг для УБД і якості соціальних послуг в сфері соціального захисту.

Перше завдання дослідження було спрямоване на вивчення впливу досвіду, пов'язаного з бойовими діями, на різні сфери життя учасників АТО / ООс. Так, 88,2 % респондентів вважають, що він вплинув на їхнє теперішнє життя (42,1 % - «сильно вплинув», 46,1 % - «скоріше вплинув»). 10,5 % опитаних його не відчували. Аналіз рівня впливу на різні сфери життя учасників АТО дозволяє зробити наступні узагальнення (див. рис. 3.5).



Рис. 3.5. Показники негативного впливу бойового досвіду на різні сфери життя учасників бойових дій

З діаграми видно, що найбільший негативний вплив учасники бойових дій відчували у сфері здоров'я, зокрема через фізичні травми та психоемоційні розлади. Далі йдуть проблеми матеріального добробуту, соціального життя і працевлаштування. Найменше, за їх словами, постраждали сімейні відносини.

Результати опитування показали високий інтерес до соціальних послуг: 66,7 % респондентів дуже зацікавлені в їх отриманні, ще 33,3 % – скоріше зацікавлені. Серед отриманих послуг найчастіше згадували безкоштовне навчання, пільги на комунальні послуги, грошову допомогу та медичні консультації. Більшість (83,3 %) отримували допомогу через державні соціальні служби, решта – через громадські та ветеранські організації. Це підтверджує потребу у тісній співпраці держави й громадського сектору в наданні підтримки ветеранам.

На рис. 3.6 представлено показники затребуваності соціальних послуг учасниками бойових дій.



Рис. 3.6. Оцінка учасниками бойових дій затребуваності соціальних послуг

Для оцінки якості соціальних послуг учасникам бойових дій було запропоновано визначити рівень задоволеності послугами державних і громадських організацій. Із 50 опитаних, 35 осіб (70 %) зверталися по допомогу. Учасники оцінювали доступність, професійність працівників, ефективність вирішення проблем і ставлення до клієнтів. Більшість позитивно відзначили фаховість персоналу (22 особи, 44 %), водночас 26 % повідомили про труднощі з доступом до послуг, а 20 % – про недостатню поінформованість. Це вказує на потребу покращення інформування та організації обслуговування.

Таблиця 3.2

Оцінка якості соціальних послуг з боку закладів соціального захисту і обслуговування (у %)

Послуги	Позитивна оцінка	Негативна оцінка	Невизначена оцінка
Матеріально-фінансова допомога	15,7	74,8	9,5
Допомога в оформленні документів (пільги, субсидії, кредити тощо)	35,4	38,2	26,4
Соціально-медична допомога (лікування, реабілітація, профілактика, санаторний відпочинок)	44,2	44,3	11,5
Юридична допомога	25,4	37,2	38,4
Допомога в працевлаштуванні	34,7	43,2	22,1
Освітні послуги (навчання, підвищення кваліфікації)	37,6	22,9	39,5
Психологічна допомога (консультації, тренінги, супровід)	35,3	22,9	41,8
Інформаційні послуги	39,1	12,3	48,6
Допомога у відкритті власного бізнесу	5,2	45,4	49,4

Отже, учасники бойових дій позитивно оцінюють якість надання таких послуг, як соціально-медична допомога, освітні та інформаційні послуги, зокрема відзначають доступність медичних консультацій, участь у

професійних курсах та можливість отримання юридичних роз'яснень. Натомість високий рівень незадоволення виявлено щодо соціально-економічних послуг, таких як матеріально-фінансова допомога, працевлаштування, сприяння у відкритті власного бізнесу. Респонденти наголошували на складнощах з оформленням допомоги, недостатній підтримці з боку держави та відсутності реальних механізмів довгострокової соціально-економічної інтеграції. Це свідчить про потребу у вдосконаленні державної політики підтримки ветеранів, зокрема в частині розробки індивідуальних програм адаптації та сприяння зайнятості.

3.2. Модель соціальної адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя

Війна не минає безслідно ані для людини, ані для суспільства. Повернення із зони бойових дій чи переселення з територій, де відбувалися бої, – це завжди перехід від однієї реальності до зовсім іншої. І кожна з цих реальностей живе за власними законами, чимало з яких не працюють в іншій або потребують суттєвої корекції, адаптації і реабілітації, а для учасників бойових дій набуває особливої значимості і актуальності. Саме тому актуалізується потреба в розробленні моделі соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій в умовах цивільного життя.

Моделювання – загальнонауковий метод пізнання, що дає змогу вивчати об'єкт через модель – систему, яка відтворює і заміщує його, забезпечуючи нову інформацію. Термін «модель» має кілька значень:

- мисленнєвий образ або аналог об'єкта чи явища, що відображає його основні властивості;
- формалізована теорія для передбачень;
- символічне відображення структури чи поведінки в соціальних процесах;
- соціальний стандарт для вимірювання відхилень у реальності.

Теоретичний аналіз проблеми соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій в сучасній соціальній роботі а також результати емпіричного дослідження дозволяють розробити орієнтовну концептуальну модель соціальної адаптації і реабілітації учасників бойових дій в умовах цивільного життя, яка повинна включати наступні елементи:

- суб'єкти і клієнти соціальної роботи і надання соціальних послуг;
- види соціальної адаптації і соціально-психологічної реабілітації;
- методологічні і практичні підходи в соціальній роботі з учасниками бойових дій;
- оцінка ефективності і результативності моделі соціальної адаптації і реабілітації УБД.

Учасники бойових дій та їхні сім'ї є специфічною категорією клієнтів соціальних служб, які потребують комплексної підтримки. Соціальна робота з цією категорією регламентується низкою нормативно-правових актів, зокрема законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про соціальні послуги» та іншими.

Згідно з чинним законодавством, учасники бойових дій мають право на медичне та соціальне обслуговування, житлові, освітні, транспортні пільги, грошову допомогу, сприяння у працевлаштуванні та інші види підтримки. Їм також гарантується забезпечення житлом і земельною ділянкою. Діти УБД мають право на безкоштовне навчання в державних освітніх закладах, а також на оздоровлення й відпочинок у дитячих таборах.

Учасникам бойових дій та членам їхніх сімей надається наступна підтримка (табл. 3.3). Вона охоплює медичні, соціальні, освітні, житлові та правові послуги, а також психологічну допомогу та реабілітацію. Така багаторівнева підтримка спрямована на полегшення адаптації до умов мирного життя та забезпечення гідного соціального захисту.

Таблиця 3.3

Соціальна підтримка учасників бойових дій та членів їхніх сімей

Види соціальної підтримки	Форми, методи та послуги	Зміст
Психологічна	Діагностика; індивідуальні та сімейні консультації; психологічна терапія та реабілітація; арт-терапія; групи підтримки та самодопомоги; тренінги	Визначення потреб та проблем; надання рекомендацій з питань психічного здоров'я; робота з посттравматичним стресовим розладом; допомога в адаптації та інтеграції; гармонізація психоемоційного стану; запобігання або вирішення сімейних та внутрішньо-особистісних конфліктів; відновлення ресурсів особистості та її потенціалу; формування соціально активної позиції
Соціально-педагогічна	Консультації; бесіди; курси для батьків, навчальні та просвітницькі тренінги; групові заняття для дітей та батьків	Підвищення батьківської компетентності; поліпшення комунікації між усіма членами сім'ї; організація дозвіллевої діяльності сім'ї; запобігання девіантній поведінці; допомога в соціальній адаптації та соціалізації; залучення до волонтерської діяльності
Соціально-економічні	Консультації; навчальні курси, лекції та тренінги; соціальне посередництво; робочі зустрічі	Допомога у працевлаштуванні; сприяння у вирішенні житлових питань, отриманні пільг, пенсій та компенсацій; допомога у відкритті власної справи; надання гуманітарної та грошової допомоги
Юридична	Консультації; курси правової просвіти; посередництво; представництво та захист інтересів	Інформування про права та гарантії; захист прав та інтересів осіб; адвокатування; допомога в оформленні соціальних статусів, пільг та гарантій, передбачених чинним законодавством; формування навичок самоадвокатування
Інформаційна	Консультування; інформування; посередництво	Надання та розповсюдження інформації про права, пільги, соціальні послуги, а також про заклади та установи, які надають такі послуги; перенаправлення
Соціально-медична	Профілактика; реабілітація; фізіотерапія; санаторно-курортне лікування; консультування	Поліпшення фізичного здоров'я та профілактика захворювань; сприяння в отриманні кваліфікованої медичної допомоги, необхідного обладнання та протезування; фізична та медична реабілітація

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», соціальна підтримка – це вид соціальних послуг, що має на меті сприяння подоланню особою/сім'єю складних життєвих обставин. О. Безпалько, Г. Лактіонова, І.Зверева виділяють наступні аспекти інтерпретації поняття «соціальна підтримка»:

- система заходів суб'єктів соціальної роботи, спрямовану на вирішення проблем осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, шляхом надання їм допомоги чи необхідних видів соціальних послуг;

- система заходів, спрямовану на створення умов, що дозволяють забезпечити соціальну захищеність людей.

Отже, соціальну підтримку учасникам бойових дій та їхнім сім'ям можна розглядати як складову системи соціальної роботи і надання соціальних послуг через практичну діяльність суб'єктів соціальної роботи і надавачів соціальних послуг – центри соціальних служб, центри соціально-психологічної реабілітації, медичні заклади, центри зайнятості, спілки ветеранів, громадські організації.

О. Епель, Т. Лях, І. Силантьєва виділяють в наданні соціальних послуг УБД та членам їхніх сімей наступні особливості:

- у разі якщо проблеми даної групи отримувачів послуг не мають системного характеру, основними видами послуг є інформування та консультування, а звернення за спеціалізованими послугами і участь у навчальних програмах залежать від конкретних проблем отримувачів послуг;

- якщо учасники бойових дій та члени їхніх сімей стикаються з низкою труднощів, то важливою і необхідною формою роботи буде соціальний супровід, в результаті якого отримувачам послуг надаються комплексні соціальні послуги, а також вони можуть брати участь у роботі груп підтримки та самодопомоги;

- якщо отримувач переживає соціальну дезадаптацію або інші проблеми, що пов'язані із психологічними розладами, то необхідними є

послуги з реабілітації, терапії тощо в спеціалізованих реабілітаційних установах»[2, с. 263].

Ще одним аспектом є те, що соціальні послуги для учасників бойових дій та членам їхніх сімей є те, що вони можуть надаватися на державному, регіональному, місцевому рівнях і рівні об'єднаних територіальних громад, причому як державними, так і недержавними організаціями і установами.

Варто зауважити, що соціальні послуги мають надаватися на різних рівнях: на рівні територіальної громади, на рівні міста/району, області та держави. На кожному із рівнів надання соціальних послуг учасники бойових дій та члени їхніх сімей можуть отримати як базові соціальні послуги, так і спеціалізовані соціальні послуги, які надаються різними державними та недержавними організаціями та установами.

Основою соціальної роботи з учасниками бойових дій є соціальна адаптація і реабілітація. Даний процес передбачає як психологічне відновлення і подолання негативних психоемоційних і стресових станів, так і зайнятість, освіту, відновлення здоров'я, міжособистісних стосунків і сімейних взаємин. Соціальна робота, спрямована на військовослужбовців-учасників бойових дій, передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, соціальної, медичної/фізичної допомоги, в залежності від об'єкта соціальної роботи, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення заходів соціального характеру.

В даному дослідженні соціальна адаптація – це допомога у пристосуванні УБД до нових умов цивільного життя, що вимагає прийняття свого нового соціального статусу, реінтеграції в суспільні і міжособистісні відносини, професійної переорієнтації, причому нами виділено психологічну, сімейну і професійну адаптацію, які розглянуто нами в першому і другому розділах дослідження. Так, психологічна адаптація розуміється як психологічна готовність прийняття нових умов цивільного життя, аспект сімейної адаптації розглядається як процес адаптації членів сім'ї учасника

бойових дій до нових умов взаємного існування після того, як завершилася виконувана діяльність.

Професійна адаптація згідно Постанови КМУ «Про затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції» від 21.06.2017 р. № 32. передбачає:

- працевлаштування колишніх військовослужбовців, які не потребують перепідготовки за новими спеціальностями;

- перепідготовку їх за цивільними спеціальностями і їх працевлаштування; співпрацю з громадськими організаціями та фондами, які займаються питаннями соціальної адаптації учасників бойових дій;

- курси цільового призначення – підвищення кваліфікації з метою вивчення нового обладнання, виробів, товарів, матеріалів, послуг, сучасних технологічних процесів, засобів механізації й автоматизації, що використовуються на виробництві, правил і вимог їх безпечної експлуатації, технічної документації, ефективних методів організації праці, питань економіки та фінансів, законодавчих та інших нормативно-правових актів тощо;

- професійне навчання – первинна професійна підготовка, перепідготовка, отримання іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня, підвищення кваліфікації та спеціалізації, спрямована здобуття або вдосконалення професійних знань, умінь та навичок».

Соціально-психологічна реабілітація нами визначається як допомога у відновленні системи взаємин військовослужбовця, у відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, основними видами якої є медична, психологічна (медико-психологічна) і соціальна реабілітація.

Визначені види реабілітації учасників бойових дій нами розглянуто в підрозділі 2.2 даного дослідження, тому виділимо лише основні завдання і напрямки соціально-психологічної реабілітацію, що включають:

- проведення психологічної декомпресії. За стандартами НАТО психологічна декомпресія є «формою психологічної реабілітації

військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, яка складається із комплексу заходів фізичного і психологічного відновлення організму людини та проводиться з метою поступової реадаптації військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності, запобігання розвитку у них психологічних травм;

- психодіагностику психофізіологічних, психоемоційних і посттравматичних станів з метою виявлення осіб, що потребують психологічної, психокорекційної, психотерапевтичної і психіатричної допомоги;

- проведення психокорекційних та психотерапевтичних заходів із виявленими особами;

- проведення індивідуального консультування військовослужбовців, надання психологічної допомоги для психосоціальної стабілізації, оптимізації психоемоційного стану;

- проведення заходів емоційного та психологічного розвантаження (прийоми саморегуляції, самокорекції, фізичні вправи, дихальні практики та автогенне тренування, візуалізація, автотренінги);

- проведення заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу, здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування;

- успішна ресоціалізація учасників бойових дій.

Слід зазначити, що у міжнародному досвіді психосоціальної роботи з учасниками бойових дій виділяють:

- короткострокові інтервенції – кризове втручання; аутріч-робота (мобільна, виїзна робота), орієнтована на завдання підхід до психосоціальної допомоги (task-centred approach); екстрене психотерапевтичне втручання;

- довгострокові втручання – стратегії, орієнтовані на системно-екологічну модель роботи (відновлення ресурсів особистості, економічної

спроможності, зв'язків із оточенням), стратегії, орієнтовані на розвиток громад, сімейно орієнтовані стратегії роботи, довгострокові психотерапевтичні програми, довгостроковий соціальний супровід та психологічна підтримка.

Нами виділено методологічні і практичні підходи в соціальній роботі з учасниками бойових дій: психотерапевтичне втручання; психосоціальна робота з УБД на основі підходу резилієнс; кейс-менеджмент в соціальній роботі з УБД; соціальна робота в громаді; психоедукаційні послуги. Розглянемо їх більш детально.

Особливу увагу приділяють арт-терапії, яка допомагає через творчість зменшити стрес, покращити усвідомлення емоцій і відновити соціальні зв'язки. Для лікування психоемоційних травм застосовують травмофокусовану когнітивно-біхевіоральну терапію та десенсибілізацію рухами очей, які включають психоосвіту, роботу з емоціями та спогадами, а також зміну поведінкових патернів.

Когнітивна психотерапія допомагає змінити негативне мислення, що спричиняє психічні розлади, на більш оптимістичне і реалістичне сприйняття себе і світу. Важливим методом є психологічний дебрифінг — групове або індивідуальне опрацювання стресових подій, що мінімізує негативні наслідки і запобігає розвитку ПТСР.

1. Психотерапевтичне втручання спрямоване на втручання спрямоване на роботу з деструктивними психоемоційними станами, депресією, стресом, розладами поведінки, ПТСР, суїцидальною та аддиктивною поведінкою. Сучасним методом є тренінг посттравматичного зростання, який допомагає переосмислити травму, сформуванати новий сенс життя та позитивні життєві пріоритети. Важливою складовою є майндфулнесс – практика усвідомленої уваги до поточного досвіду без оцінок, що сприяє саморегуляції, прийняттю і розвитку психологічної стійкості.

Особливу увагу приділяють арт-терапії, яка допомагає через творчість зменшити стрес, покращити усвідомлення емоцій і відновити соціальні

зв'язки. Для лікування психоемоційних травм застосовують травмофокусовану когнітивно-біхевіоральну терапію та десенсибілізацію рухами очей, які включають психоосвіту, роботу з емоціями та спогадами, а також зміну поведінкових патернів.

Когнітивна психотерапія допомагає змінити негативне мислення, що спричиняє психічні розлади, на більш оптимістичне і реалістичне сприйняття себе і світу. Важливим методом є психологічний дебрифінг — групове або індивідуальне опрацювання стресових подій, що мінімізує негативні наслідки і запобігає розвитку ПТСР.

2. Психосоціальна робота з УБД на основі підходу резилієнс спрямована на формування стресостійкості і резильєнтності особистості і сім'ї військовослужбовця.

У різних дослідженнях та літературних джерелах пропонують різні варіанти визначення поняття «резилієнс». Найчастіше її визначають як збереження позитивної адаптації попри значний досвід перебування у стресових ситуаціях, гарне відновлення після травми; збереження стану благополуччя (*well-being*), незважаючи на негаразди; позитивну відповідь на негативні події життя, компетентне функціонування в умовах стресу і незгод; здатність до конструктивного відображення складних подій; здатність долати труднощі.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), резилієнс – «це здатність відносно добре справлятися (*to cope*) з важкими ситуаціями, особиста ресурсність». Зважаючи на український переклад *resilience* як «психологічна пружність» і виходячи з визначення ВООЗ, резилієнс можна розуміти як здатність людини або соціальної групи (спільноти) амортизувати вплив надзвичайних ситуацій, тобто «пом'якшувати» дію їхніх соціальних та психологічних наслідків через актуалізацію ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад, здатних запобігти загостренню психологічних проблем і розладів серед учасників і свідків важких подій.

Р. Сколовено у своїй статті з аналізу феномену резилієнс пропонує таке визначення: «Резилієнс – це динамічне поняття, що описує здатність окремих людей, сімей та груп успішно функціонувати та адаптуватися і справлятися, незважаючи на психологічні, соціологічні, культурні та / або фізичні негаразди».

В Україні дослідження резилієнс (в т.ч. життестійкості) в багатьох випадках розглядається в розрізі наслідків воєнного конфлікту. Терміни життестійкість, життєздатність та стійкість до травми українські вчені вживають поряд з резилієнс для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних наслідків травматичного стресу, втрати та інших негараздів. Так, Т.Титаренко у своєму дослідженні психологічного здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації зазначає, що у людини, яка може конструктивно переосмислити власні переживання, пов'язані з війною, зростає життестійкість, покращується здатність до саморегуляції, посилюється прагнення відновити власну цілісність, подолати відчуження від оточення, відшукати нові життєві орієнтири. Українськими дослідниками проаналізовано практичні рекомендації ММК щодо психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій згідно підходу резилієнс, де розглянуто основні принципи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, а також різні форми інтервенцій залежно від впливу надзвичайних ситуацій.

Також О. Чиханцовою проведено дослідження життестійкості самодетермінованої особистості, в якому вона наголошує, що життестійкість людини пов'язана з можливістю подолання різних стресів, підтримкою високого рівня фізичного і психологічного здоров'я, з оптимізмом, самоефективністю, суб'єктивною задоволеністю власним життям, здатністю до неперервного особистісного саморозвитку, а також можливістю долати труднощі й перешкоди, виходячи з них більш сильною і досвідченою.

Отже, підхід резилієнс дозволяє змістити акцент з негативного впливу стресової ситуації та травмування на психічний потенціал і спроможність

індивіда впоратися з дією стресора і вийти з позитивними наслідками для здоров'я. З цієї позиції маємо можливість стверджувати про іманентну для особистості здатність до активізації індивідуальних психічних ресурсів і психологічного відновлення, зокрема в особливо критичних умовах.

Сучасні підходи до розгляду резилієнс:

– резилієнс як індивідуальна характеристика (*ego-resiliency*), риса особистості, що захищає від негараздів життя та запобігає розвитку психічних розладів унаслідок психотравматизації, виявляється як гнучкість, спритність, винахідливість та міцність характеру, а також здатність адаптуватися до функціонування в різних зовнішніх умовах;

– резилієнс як динамічний процес (вживається термін «резилієнс»), у якому позитивна адаптація відбувається в умовах негараздів. У цьому розумінні резилієнс концептуалізується як безперервний, активний процес появи чи розвитку нових сил і ресурсів адаптації та відновлення, який має нерівномірну динаміку в умовах виникнення нових ризиків.

Таким чином, резилентність розглядається як здатність справлятися із негативними емоціями, що виникають у травматичних ситуаціях, з метою запобігання дезадаптації, зумовлює вміння використовувати навички посттравматичного зростання у ситуаціях мирного життя.

3. Кейс-менеджмент в соціальній роботі з УБД передбачає індивідуальний підхід в наданні соціальних послуг – ведення випадку.

Кейс-менеджмент або «ведення випадку» є однією із ключових технологій соціальної роботи, спрямованої на вирішення соціальних, психологічних, міжособистісних проблем шляхом встановлення безпосередньої взаємодії між соціальним працівником і клієнтом.

У соціальній роботі кейс-менеджмент визначають як метод, який передбачає оцінку ситуації та потреб клієнта, визначення цілей і планування заходів задля їх досягнення, моніторинг та оцінювання результатів роботи. В Україні поряд з назвою «кейс-менеджмент» використовують термін «ведення випадку». Відповідно кейс (випадок) розглядають як проблемну ситуацію

клієнта (окремої особи або сім'ї), яка негативно впливає на якість життя людини і погіршує її стан (фізичний, психічний, матеріальний тощо), а кейс-менеджера як соціального працівника або іншого фахівця, який здійснює оцінку ситуації й потреб клієнта, планування відповідних заходів щодо їх задоволення, пошук організацій та фахівців, які надають відповідні послуги в громаді, координує їх дії у процесі кейс-менеджменту, а також здійснює представництво інтересів клієнта / клієнтів [17, с. 7].

Українські науковці І. Зверева та Ж. Петрочко характеризують модель ведення випадку як провідну технологію соціально-педагогічної роботи з конкретною проблемною ситуацією, у якій об'єднано й певний моніторинг ситуації, і залучення інших інституцій, і здійснення координації дій з метою розв'язання психологічних, міжособистісних, соціальних проблем клієнта, його оточення [30]. У трактуванні Н. Сабат ведення випадку – це така модель соціально-педагогічних дій, коли соціальний працівник відповідає не тільки за організацію, а й за надання послуг конкретному клієнтові. В методичному посібнику «Управління діяльністю соціальних служб» за редакцією О. Іванової, Н. Гусак ведення випадку – це організація комплексу заходів з надання персональної допомоги окремим отримувачам в їх звичному середовищі проживання.

Таким чином, ця модель реалізується шляхом організації співпраці між спеціалістом соціальної служби й клієнтом, під час якої відповідальний за ведення випадку здійснює оцінку потреб, планує, організовує та координує процес надання послуг з метою оптимізації життєдіяльності клієнта, здатності самостійно долати складні життєві обставини чи мінімізувати їх негативний вплив.

Метод кейс-менеджменту забезпечує можливість соціальним працівникам та іншим фахівцям, які працюють у одній чи декількох організаціях, координувати зусилля у роботі з конкретним випадком. У межах цього випадку послуги можуть бути надані клієнту в одній або кількох організаціях, що впроваджують різні програми [17, с. 8]. Серед різноманітних

програмних умов, назв, парадигм і цілей кейс-менеджмент вирізняє ряд характеристик:

- наявність особистісно орієнтованих послуг;
- пріоритетність відносин соціального працівника з клієнтом;
- застосування підходу «людина в оточенні»;
- орієнтація на сильні сторони;
- спільна робота у команді;
- втручання на мікро-, мезо- та макрорівнях.

Отже, кейс-менеджмент в соціальній роботі з учасниками бойових дій спрямований на соціальну реадaptaцію і ресоціалізацію через: по-перше, індивідуальний і адресний підхід до УБД як клієнта; по-друге, врахування соціальних і психологічних проблем військовослужбовця і його сім'ї; по-третє, здійснення планування і координації дій і заходів соціальної роботи із залученням інших фахівців і організацій.

4. Соціальна робота в громаді полягає в інтегративному підході надання соціальних послуг на рівні громади.

Станом на 2023 р. питання соціальної роботи в громаді з учасниками бойових дій, що були нещодавно демобілізовані, є ще мало вивченим. Джерельна база нині представлена дослідженнями соціальної роботи з військовими періоду 2014-2021 років, що демонструє застарілість підходів до розв'язання даного питання.

Серед сучасних дослідників даної проблеми доцільно виділити О. Логвінову. Вчена наполягає на тому, що нині варто звернути вагому увагу на адаптацію та реадaptaцію учасників бойових дій до цивільного життя. Зокрема, це обумовлено тим, що перебуваючи в умовах складного психологічного тиску, військовому складно пристосуватися до мирного та спокійного життя [43, с. 61-71]. Свій підхід до даного питання пропонує і дослідниця Т. Семигіна. Вона вважає, що зараз доцільно відходити від погляду на соціальну роботу, що передбачає здебільшого надання пільг та соціальних виплат. Зараз потрібно сформулювати вектор на економічну підтримку

військових, тобто здійснювати допомогу в отриманні нового фаху або формування умов, при яких учасник бойових дій може займатися підприємницькою діяльністю. В. Турбан вважає, що учасники бойових дій, що були нещодавно демобілізовані, повинні отримувати комплексну допомогу. Як наслідок, у громадах має бути налагоджена ефективна багатоступенева система соціальної роботи з військовими. Зокрема, це можливо шляхом доручення до соціальних центрів фахівців різного профілю, що можуть допомогти військовим у цивільному житті.

Отже, можна простежити різку зміну підходу до соціальної роботи з нещодавно демобілізованими, зокрема, вагому увагу керівники і фахівці соціальних служб приділяють таким формам соціальної роботи, які були б спрямовані на адаптацію ветеранів до цивільного життя. Це обумовлено як складним психологічним станом, так і потребою у соціалізації та отриманню нової професії, пристосуванням до суспільних змін.

5. Психоедукаційні послуги як профілактика та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів через інформування учасника бойових дій і його родини розвиток психоемоційних наслідків психологічної травматизації під час участі в бойових діях.

Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості. Як зазначає О. Борисова, основними елементами психоедукації є:

- передача інформації (симптоматика порушення, причини, прогноз, лікування і побічні дії ліків);

- емоційна розрядка близьких пацієнта (розуміння ними сприяння курації одужанню, обмін досвідом з іншими особами, дотичними до життя та лікування пацієнтів, соціальні контакти тощо);

- пояснення доцільності дотримання регулярного і повного медикаментозного та психотерапевтичного лікування, оскільки кожна співпраця та комплаєнс сприяють покращенню психічного та соматичного здоров'я і підтримують пацієнта;

– допомога у виробленні навичок самодопомоги» [6, с. 9].

В нормативно-правовому полі психоедукацію ще називають «психологічна просвіта та інформування», а визначають, як проведення інформаційно-просвітницької роботи фахівцями з метою профілактики та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього [21]. Отже, психоедукація є одним із видів психологічних послуг.

Основними функціями надання психоедукаційних послуг учасникам бойових дій є:

– формування в отримувача психологічних послуг чіткого розуміння природи окремого симптому / синдрому / розладу / стану, який має актуальність;

– розуміння причин і наслідків тих порушень, які мають місце бути на психологічному/поведінковому/біологічному рівні;

– наявність можливості прогнозування подальших тенденцій та динамік;

– наявність можливості планування індивідуального покрокового плану лікування / психокорекції / психореабілітації тощо.

Результатом реалізації моделі є позитивна динаміка адаптованості і реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі розглянуто практичні аспекти дослідження соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до умов цивільного життя. Вивчено психоемоційний стан, рівень адаптації, вплив симптомів ПТСР, копінг-стратегії, проблеми соціальної інтеграції та рівень задоволеності соціальними послугами. Результати засвідчили, що бойовий досвід спричиняє емоційну напругу й ускладнює адаптацію, однак більшість учасників бойових дій використовують раціональні стратегії подолання

труднощів. Соціальна робота з УБД має на меті сприяти адаптації та реабілітації через психологічну, соціальну, медичну й фізичну допомогу. Допомога реалізується через роботу державних і громадських структур. Актуальним є створення ефективної моделі соціальної адаптації, яка включає учасників процесу, напрями підтримки, методи роботи та критерії результативності.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій і результати емпіричного дослідження дозволили узагальнити наступні висновки.

Розглянуто негативні психоемоційні стани військовослужбовців та їх вплив на соціальну адаптацію до умов цивільного життя. Гострота негативних і деструктивних психоемоційних станів варіюється від помірно депресивних до інтенсивних емоційних реакцій (психологічні реакції, дезадаптивні реакції, гострі афективні реакції, психоневротичні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні реакції) і посттравматичного стресового розладу, які ускладнюють або зовсім унеможливають соціальну і психологічну адаптацію до умов цивільного життя. Якщо адаптація до умов цивільного життя проходить із більшими ускладненнями, за певних ознак можна стверджувати про дезадаптацію, яка характеризується окремими відхиленнями в поведінці і переживаннями суб'єкта, пов'язаними з недостатньою ресоціалізацією, соціально-неприйнятними установками особистості, отриманими під час військової служби, різкою зміною умов існування, розривом значущих міжособистісних відносин, неможливістю займатися звичною роботою чи продовжувати навчання тощо. Патологічне і пролонговане протікання дезадаптації виступає як симптоматичний прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Виділено проблеми соціальної реінтеграції і реадаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя, які виступають як психологічні чинники і умови соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій: суб'єктивні і об'єктивні фактори, що розкривають психологічні особливості адаптаційного процесу учасників бойових дій, виділяючи внутрішньо-психологічні, індивідуальні особливості і зовнішні психологічні фактори, пов'язані із впливом соціального оточення і

середовища; чинники сімейної адаптації, спрямовані на подолання кризових емоційних станів УБД і членів їхніх родин; внутрішньо особистісні психологічні чинники, які представляють собою адаптаційний ресурс і властивості особистості учасника бойових дій, що дозволяють успішно пройти процес соціалізації та адаптації: психологічне благополуччя, копінг-стратегії, життєстійкість, резильєнтність, посттравматичне зростання; психоемоційний стан учасника бойових дій, його емоційні реакції на травмівний досвід; соціальна підтримка з боку держави на нормативно-правовому, інституційному і соціозахисному рівнях.

Визначено, що процес соціальної адаптації учасників бойових дій розкривається в наступних положеннях: соціальна адаптація виступає як процес пристосування військовослужбовця до нових умов цивільного життя, що вимагає прийняття свого нового соціального статусу, реінтеграції в суспільні і міжособистісні відносини, професійної переорієнтації і засвоєння нових моделей і зразків поведінки в цивільному житті; основними етапами адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій до умов мирного життя є: стадія психічної напруги і виникнення гострих стресових станів; переадаптація; стадія психічного напруження виходу; стадія реадаптації; соціальна адаптація військовослужбовців до цивільного середовища представляє собою процес транзиту вищу чи професійно-технічну освіту, через сферу зайнятості, через створення/підтримання соціальних контактів зі «значущими іншими» (членами родини, друзями); успішність соціальної адаптації залежить від розвиненості і ефективності механізмів та інститутів державної соціальної підтримки і соціального захисту; основою успішної соціальної адаптації є медична, психологічна і соціальна реабілітація УБД.

Визначено особливості соціально-психологічної реабілітації як напряму роботи з соціальної адаптації учасників бойових дій, сутність якої полягає в: по-перше, психотерапевтичній роботі із деструктивними проявами психологічної травматизації під час бойових дій – гострими стресовими станами і симптомами ПТСР, депресивними і поведінковими розладами,

суїцидальною і адиктивною поведінкою; по-друге, у відновленні особистісного і соціального статусу військовослужбовців, відтворенні міжособистісних стосунків, сімейних відносин і соціальної взаємодії в умовах цивільного життя; по-третє, проведенні професійно-психологічної реабілітації.

За результатами емпіричного дослідження особливостей соціальної адаптації учасників бойових дій було зроблено наступні висновки.

По-перше, емоційний стан пов'язаний з одного боку із переживанням тривожності, фрустрації і напруженості та переважанням позитивного афекту з іншого, що може виступати як ресурс оптимістичної спрямованості у майбутнє.

По-друге, ресурс соціальної адаптації представлений середнім рівнем життєстійкості із домінуванням стратегій подолання труднощів і впливу стресогенних факторів (копінг-стратегій) амбівалентної спрямованості: з одного боку – уникання негативних переживань і високий рівень самоконтролю (як стримування емоцій), з іншого – потреба в соціальній підтримці і намагання знайти в ситуації, що склалася, позитивних аспектів та стимулів для особистісного зростання.

По-третє, високий рівень підозри на наявність ПТСР (майже половина респондентів) свідчить про ускладнення соціальної адаптації. Таким чином, процес соціалізації та адаптації військовослужбовців значно залежить від їхнього психоемоційного стану і проявів симптомів ПТСР.

Проблеми з якими стикаються учасників бойових дій:

– учасники бойових дій визначають найбільший негативний вплив бойового досвіду у сферах, пов'язаних із станом здоров'ям, матеріального добробуту, сфера соціального життя і сфера зайнятості та працевлаштування;

– для учасників бойових дій найбільш актуальними видами соціальної допомоги в процесі соціальної реадaptaції є матеріально-фінансова і соціально-медична допомога, а також послуги, пов'язані із подоланням

бюрократичних перепон в оформленні документів щодо пільг, соціальних виплат, субсидій тощо;

– учасники бойових дій позитивно оцінюють якість надання таких послуг як соціально-медична допомога, освітні та інформаційні послуги, високий негативний показник у соціально-економічних послуг (матеріально-фінансова допомога, працевлаштування, допомога у відкритті власного бізнесу).

Розроблено модель соціальної адаптації учасників бойових дій в умовах цивільного життя, яка полягає в наступних положеннях:

– по-перше, соціальна робота з учасниками бойових дій визначається як надання соціальних послуг учасникам бойових дій і їхнім сім'ям з метою соціальної адаптації і реабілітації в умовах цивільного життя;

– по-друге, соціальна адаптація – це допомога у пристосуванні УБД до нових умов цивільного життя, що вимагає прийняття свого нового соціального статусу, реінтеграції в суспільні і міжособистісні відносини, професійної переорієнтації (психологічна, сімейна, професійна адаптація);

– по-третє, соціально-психологічна реабілітація визначається як допомога у відновленні системи взаємин військовослужбовця, у відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, основними видами якої є медична, психологічна (медико-психологічна) і соціальна реабілітація;

– по-четверте, основними методологічними і практичними підходами в соціальній роботі з учасниками бойових дій є: психотерапевтичне втручання для подолання психоемоційних і поведінкових розладів; психосоціальна підтримка на основі резилієнс-підходу для розвитку стресостійкості; кейс-менеджмент із індивідуальним підходом до кожного клієнта; соціальна робота в громаді з використанням інтегративного підходу; психоедукація для профілактики психологічних наслідків і підвищення обізнаності військовослужбовців та їхніх родин;

– по-п'яте, результатом реалізації моделі є позитивна динаміка адаптованості і реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акименко Ю., Сила Т. Як допомогти родині учасника бойових дій : методичний посібник для соціальних працівників і психологів. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с.
2. Алещенко В. І. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2022. № 8. С. 6-16.
3. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Видво ХГУ «НУА», 2022. 192 с.
4. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ) : наук. – метод. видання. Київ : Талком, 2019. 36 с.
5. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія*. 2023. № 3. С. 7-12.
6. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Вип. 4. С. 160-166.
7. 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. № 2. С. 176-181.
8. Василенко С. В. Особливості впливу стресогенних умов професійної діяльності на психіку військовослужбовців збройних сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 1 (54). С. 45-50.
9. Вдовиченко Т. Соціальна та професійна адаптація звільнених військовослужбовців як об'єкт фінансового забезпечення. *Світ фінансів*. 2017. № 1 (50). С. 166-180.

10. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2005. № 1. С. 91-100.
11. Голяченко А. О. Основи медичної реабілітації. Тернопіль : Лілея, 2000. 120 с.
12. Гордєєва Т., Лазарева А. Соціальна робота в громаді з учасниками бойових дій, що були нещодавно демобілізовані. *Грані*. 2023. № 26 (3). С. 69-73.
13. Гордієнко Є. П. Соціальна адаптація та психологічна реабілітація як засіб збереження соціального капіталу учасників бойових дій. *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. №2 (56). С. 208-215.
14. Грузинська І. М. Комуникативна депривація в умовах дистанційного навчання студентів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. № 12. С. 31-39.
15. Гусак Н. Є. Кейс-менеджмент внутрішньо-переміщених осіб : методичні рекомендації. Київ, 2015. 62 с.
16. Гуцуляк Н. М., Корнівська М. М., Матейчук Н. Г. Особливості соціально-психологічної реадaptaції демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 1 (12). С. 17-26.
17. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. *Охорона праці*. 2005. № 9. С. 41-44.
18. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64-70.
19. Журавльова Л. П. Психологія емпатії : монографія. К.: ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 328 с.
20. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Харків-Київ : «Укрпрофоздоровниця» 2019. 152 с.

21. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.

22. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія. К. : Міленіум, 2004. 265 с.

23. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О. В., 2018. 488 с.

24. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104-111.

25. Красильщиков А. Л. Соціальна адаптація звільнених у запас військовослужбовців (проблеми та досвід їх вирішення в Україні та зарубіжних країнах). *Демографія та соціальна економіка*. 2005. № 2. С. 117-125.

26. Кузнецова Л. Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75-79.

27. Логвінова О., Рассказова О. Соціальна робота з військовослужбовцями та їхніми сім'ями в умовах тривалого конфлікту на Сході України. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2021. Вип. 2 (7). С. 61-71.

28. Лукашенко М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій : зарубіжний досвід. *Юридична психологія*. 2018. № 2. С. 48-58.

29. Ляска О., Федірко П., Березкін О. Методичні аспекти соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями, що звільняються з лав збройних сил, і членами їх сімей. *Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 5 (109). С. 415-430.

30. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128-140.
31. Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України : Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16> (дата звернення: 24.02.3035).
32. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних Сил України. *Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 4. С. 249-258.
33. Орловська О. Психологічні чинники сімейної адаптації учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психології*. 2016. № 54. С. 100-105.
34. Орловська О.А. Посттравматичний стресовий розлад учасника бойових дій та сімейна адаптація. *Габітус*. 2020. Вип. 15. С. 251-255.
35. Орловська О.А. Сімейна адаптація учасників бойових дій : проблема психологічних чинників. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6. С. 132-136.
36. Павлик Н. Психологічна адаптація особистості в екстремальних умовах військової діяльності. *Наук.-дослід. центр гуманітарних проблем Збройних Сил України*. 2005. Т. 8. № 4. С. 37-41.
37. Приходько І. І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193-215.
38. Пріб Г. А., Раєвська Я. М., Бегеза Л. Є. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів: проблематика вивчення. *Габітус*. 2022. Випуск 32. С. 159-163.
39. Пріб Г. А., Раєвська Я. М., Бегеза Л. Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 104-109.
40. Про затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції : Постанова Кабінету

Міністрів України від 21.06.2017 р. № 32. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/250094363> (дата звернення: 23.03.2025).

41. Про соціальні послуги: Закон України № 2671-VIII (2022) (Україна). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 13.04.2025).

42. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України № 3551-XII (2023) (Україна). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 03.03.2025).

43. 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.

44. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ : Кондор, 2005. 280 с.

45. Романів О. П., Надь Б. Я. Психогігієна особистості як важлива складова підготовки до вагітності через призму громадського здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018. № 1 (7). С. 23-26.

46. Семигіна Т. Уроки війни, (не) вивчені вітчизняною соціальною роботою. *Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень*. 2022. №1. С. 47-49.

47. Соколова І. М., Шайхлісламов З. Р., Ладика М. С. Вплив умов бойових дій на психологічний клімат сім'ї. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 5. С. 54-59.

48. Сукіасян С. Г., Тадевосян М. Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19-27.

49. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2015. № 124. С. 230-233.

50. Туленков М. В. Соціальна політика в Україні : шляхи формування та реалізації : навч.-метод. розробка. К. : ПІК ДСЗУ, 2007. 34 с.
51. Турбан В. Реабілітаційна та реінтеграційна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій в центрах соціальних служб : етичний аспект. *Психологія*. 2022. № 11. С. 336-345.
52. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106-115.
53. Файдюк О. В. Учасниці бойових дій як об'єкт соціальної роботи. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2022. №2 (51). С. 188-191.
54. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. 364 с.
55. Харченко О. І., Мраморнова О. М. Проблеми ветеранів антитерористичної операції на сході України. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2016. № 37. С. 115-124.
56. Чиханцова О. Життєстійкість самодетермінованої особистості. *Психологія обдарованості*. 2019. С. 368-375.
57. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476-486.
58. Яблонська Т. М., Дембицька Н. М. Адаптація до цивільного життя військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали II Міжнар. наук-практ. конф. К. : КНУ імені Тараса Шевченка 2017. С. 193-200.
59. Яровий В. В. Професійна реінтеграція учасників бойових дій: український і міжнародний досвід. *Особистість в екстремальних умовах. Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції*. 2017. № 3. С. 140-143.