

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**  
Кафедра психології та соціальної роботи

**КУЛИЦЬКИЙ Андрій Романович**

**Соціально-психологічна реабілітація інвалідів  
бойових дій/ Socio-psychological rehabilitation of  
disabled combatants**

спеціальність: 053 - Психологія  
освітньо-професійна програма - Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПСзм-21  
А. Р. Кулицький

---

Науковий керівник:  
д.пс.н., професор, Н.А. Буняк

---

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ **А. Н. Гіряк**

**ТЕРНОПІЛЬ - 2023**

## **ВСТУП**

### **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ**

1.1. Інвалідність як об'єкт міждисциплінарних досліджень.

1.2. Теоретико-методологічні передумови соціально-психологічного підходу до дослідження інвалідності.

**Висновок до розділу 1.**

### **РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ БОЙОВИХ ДІЙ.**

2.1. Соціально-психологічні характеристики військовослужбовців, які зазнали бойової травми.

2.2. Теоретична модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.

**Висновок до розділу 2.**

### **РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

3.1 Організація та зміст експериментального дослідження.

3.2. Аналіз емпіричних даних.

**Висновок до розділу 3.**

## **ВИСНОВОК**

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ**

## ВСТУП

За даними Держстату України станом на перше січня 2021 року в нашій державі налічувалося 2,7 мільйона цивільних осіб та майже 500 тисяч учасників бойових дій, які мають інвалідність. Зрозуміло, що з початком повномасштабної війни ця кількість щодня зростає як серед цивільного населення, так і серед військових. Лише за останній рік їх кількість збільшилася на 27 тисяч і значна частка серед них – інваліди бойових дій, які зазнали не лише фізичних травм, а й мають цілий спектр психологічних проблем та потребують спеціалізованої допомоги й тривалого медичного та соціально-психологічного супроводу.

Дослідження даної проблематики свідчить про те, що у більшості інвалідів бойових дій (більше 80%) формується т.з. «стигматизована ідентичність», що сприяє реалізації ними деструктивних стратегій соціального функціонування, у тому числі пов'язаних із соціальною пасивністю, очікуванням вторинної вигоди тощо. Внаслідок цього тисячі наших громадян виключаються з трудової діяльності і виявляються «за бортом» соціального життя, що економічно збиткове, соціально шкідливе та морально неповноцінне. Однією з головних причин є відсутність повноцінної, науково обґрунтованої системи соціально-психологічної реабілітації таких людей.

Аналіз показує, що в структурі посттравматичних проблем інвалідів бойових дій більш ніж удвічі переважають проблеми соціально-психологічні (ставлення з найближчим, ближнім і далеким соціумом), а не симптоми посттравматичного стресового розладу. Відтак стає очевидним той факт, що сама інвалідність, як цілісне, багатогранне явище, значною мірою є соціально-психологічним феноменом, що породжується процесами та механізмами взаємодії інваліда та соціуму. Все це робить актуальною розробку ефективної та дієвої соціально-психологічної моделі інвалідизації та цілісної концепції реабілітації інвалідів бойових дій, що реалізується у парадигмі «особистісна криза – соціум – нова соціальна ідентичність», яка на нашу думку, не повинна обмежуватися усуненням симптоматики посттравматичного стресового розладу,

а має бути зорієнтована на розвиток та розкріпачення здорових сторін особистості, формування нестигматизованої соціальної ідентичності.

**Стан наукової розробленості проблеми дослідження.** Не зважаючи на те, що у загальній, соціальній, клінічній психології, медичній та юридичній науках, соціології, педагогіці є немало напрацювань щодо соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій як загалом, так і з методологічних та науково-практичних позицій соціально-психологічної науки зокрема, у контексті повномасштабної війни вони раніше не проводилися, а відтак є багато аспектів, які потребують свого якнайшвидшого доопрацювання та вирішення. Зокрема, це стосується розробки та вдосконалення цілісної соціально-психологічної моделі інвалідизації та концепції соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.

**Об'єктом дослідження** є бойова інвалідність як соціально-психологічний феномен, а **предмет** – концептуальна сутність, зміст та модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.

**Мета дослідження** – проаналізувати та запропонувати найбільш ефективну та дієву модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.

Сформульована мета дослідження реалізується шляхом вирішення наступних завдань :

1. Обґрунтувати необхідність соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій як самостійного напрямку у рамках єдиного реабілітаційного комплексу.

2. Теоретично обґрунтувати соціально-психологічну модель інвалідизації, що долає обмеженість медико-психологічного, психологічного та психосоціального підходів у розумінні психологічних наслідків бойової травматизації й уможливує повноцінне врахування індивідуально-психологічних, особистісних та соціально-психологічних аспектів інвалідності.

3. На основі аналізу теоретичних та емпіричних даних перевірити ефективність даної моделі, інтегруючи роботу з дестигматизації соціальної

свідомості та формування у найближчого оточення конструктивних стилів взаємодії з постраждалими, розвитку нестигматизованої ідентичності інвалідів.

Відповідно до методологічних позицій було визначено такі методи **дослідження**: метод теоретичного аналізу проблеми дослідження: теоретико-методологічний аналіз літературних джерел з проблематики дослідження, аналіз та синтез емпіричних даних; емпіричні методи та методики дослідження: метод спостереження, метод бесіди; психодіагностичні методики: «Особистісний диференціал», «Маскулінність-фемінінність» (С. Бем), «Копінг-тест» Р. Лазаруса, «Рівень суб'єктивного контролю» (Дж. Роттера), а також за проєктивними методиками: "Лінія життя", "Ситуації з життя людини з обмеженими можливостями».

Учасниками **експериментального дослідження** стали інваліди бойових дій, які проходили реабілітацію в Центрі надання медико-психолого-педагогічної допомоги КНП "Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня" та члени сімей інвалідів бойових дій.

**Теоретична значущість дослідження** полягає в тому, що:

1. Доведено необхідність соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій як самостійного спрямування їхньої комплексної реабілітації.
2. Проаналізовано та обґрунтовано найбільш ефективну та дієву модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.
3. Поглиблено уявлення про чинники та процес формування соціально-психологічної ідентичності як триєдності особистісних передумов, властивостей соціального середовища та актуальної соціальної ситуації.

**Практична значимість результатів дослідження** полягає в тому, що:

1. Обґрунтована концепція соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій може бути підставою для внесення змін до законодавчої бази у вигляді закріплення соціально-психологічної реабілітації як самостійного спрямування в системі комплексної реабілітації інвалідів бойових дій.

2. Запропонована структура соціально-психологічної реабілітація інвалідів бойових дій дає можливість переходу від санаторно-курортної траєкторії до повноцінної реабілітаційної стратегії на базі реабілітаційних клінік, центрів тощо.

3. Експериментально перевірені програма та конкретні технології реабілітаційного тренінгу з інвалідами бойових дій, які можуть реалізовуватися в центрах відновлювальної терапії, реабілітаційних центрах, а також психологами військових частин на санаторно-курортному та амбулаторному етапах соціально-психологічної реабілітації постраждалих.

4. Встановлені, описані та представлені у вигляді реабілітаційних форм «ефекти» взаємовідносин інвалідів та осіб з найближчого соціального оточення можуть використовуватися як методичні засоби розвитку ресурсних стратегій відносини членів сім'ї, рідних та близьких до постраждалих.

**Структура кваліфікаційного дослідження:** робота складається із вступу, 3 розділів та висновків до них, загального висновку, списку літературних джерел, який містить 63 найменування, 12 з яких – іноземними мовами. Дослідження містить 3 таблиці та 2 рисунки. **Загальний обсяг – 83 сторінки.**

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ

#### **1.1. Інвалідність як об'єкт міждисциплінарних досліджень.**

Аналіз наукових досліджень щодо проблематики інвалідності засвідчує, що це не «...дискретна точка на плоскій карті життєвого шляху учасника бойових дій – це радикально-динамічний об'ємний простір людського буття, що включає життєві плани, перспективи, мрії, особистісну та соціальну ідентичність, самопочуття та самовідчуття, стосунки з ближнім та далеким. соціальним оточенням, звички, традиції, стиль життя, сфери повсякденного буття та багато іншого. Це «цунамі», що вривається в життя людини і руйнує звичний спосіб життєдіяльності, її інфраструктуру, найважливіші орієнтири і точки опори» [6].

Інвалідність глибоко зачіпає всю психологічну організацію людини: у її індивідуально-психологічних властивостях, особистості, індивідуальності не залишається практично нічого, на чому вона б не залишила свого сліду.

Інвалідність – складне психологічне, соціальне, правове явище. Як показує аналіз різних радикальних фізичних змін людини, її не можна зрозуміти, розглядаючи фрагментарно, за окремими аспектами. Так, власне фізичні зміни, які у звичайних умовах можуть, у принципі, трактуватися як певна неповноцінність, насправді нерідко стають певним життєвим ресурсом особистості. Як приклад можна навести звичай, який частково зберігся до сьогодні в Китаї. Протягом 10 століть він вважався не просто модою, а символом національної ідентичності. Ноги дівчинки бинтували смугами тканини і поки що чотири маленькі пальці не притискалися впритул до підшви стопи бинти не прибирали. Потім ноги обмотували смугами тканини горизонтально, щоб вигнути стопу. Перед тим, як почати бинтувати ноги, дівчаткам ламали всі пальці ноги, крім великого, а також близькі до них кістки, потім перев'язували ступні смужкою матерії та змушували ходити у взутті маленького розміру, від чого ступні деформувалися, часто позбавляючи можливості ходити в майбутньому. Від такого спотворення ступні залежав престиж нареченої, оскільки вважалося,

що дамі вищого суспільства не можна ходити самотійно. Ця *нездатність до руху без сторонньої допомоги* становила одну з привабливих рис жінки. У суспільній свідомості китайців, дівчина з деформацією ступнів має низку визнаних переваг: добротність, вразливість, жіночність тощо. Якби аналогічні тілесні зміни виникли випадково або трапилися з жінкою в іншій країні, вони могли б кваліфікуватися як інвалідність. Тобто справа не стільки в нездатності людини самотійно ходити, а у ставленні до цієї особливості суспільства та самої людини.

Схожі приклади спостерігаються і у сучасній культурі. Так, фотомодель Еймі Маллінз, що з дитинства втратила ноги до колін, зараз використовує кілька комплектів протезів, змінюючи свій зріст, контур фігури, загальний вигляд. І це робить її не просто затребуваною у індустрії краси, а й надає їй низку переваг. Її партнерки-конкурентки скаржаться, що вона має незаконну перевагу перед ними. Деякі з них міркують про те, що готові свідомо позбутися здорових ніг та використовувати протези. Чи буде добровільна ампутація ніг і зниження деяких можливостей у таких людей вважатися суспільством інвалідністю? Якими психологічними наслідками загрожує таке рішення?

За останні роки наша країна також зробила багато прогресивних кроків на шляху інтеграції інвалідів у соціальне життя, створення умов для їхнього повноцінного особистісного та соціального функціонування, реалізації особистісного потенціалу. Так, з 2020 року цілеспрямовано реалізується курс на створення безбар'єрної архітектури та соціального середовища, доступнішим для інвалідів стає освіта, мають місце позитивні зрушення в системі соціального забезпечення осіб з обмеженими можливостями. Зокрема, з початком повномасштабної війни створена спеціальна Рада безбар'єрності, діяльністю якої опікується перша леді України Олена Зеленська. В межах її функціонування лише за останній рік запропоновано 472 різноманітні проєкти з безбар'єрності, серед яких – новий розділ порталу «Дія» під назвою «Дія. Безбар'єрність», доповнений «Альбом безбар'єрних рішень», друкований «Довідник безбар'єрності» тощо (URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3670577->



zelenska-anonsuvala). Відтак, у громадській думці інваліди стали більш привабливими, активними, соціально корисними, відкритими, а сам факт інвалідності дедалі менше сприймається як непоправна особиста катастрофа, крах особистої долі, вирок. Це відбувається тому, що самі люди з обмеженими можливостями все частіше заявляють про свою рівноправність, створюючи самостійні організації та соціальні мережі, перемагаючи на спортивних змаганнях, займаючись політикою та бізнесом, активно включаються в культуру та мистецтво, стаючи провідними та активними учасниками телепередач, марафонів та інших заходів, пропагуючи свою активну життєву позицію, прагнення повноправної участі у житті соціуму. Люди, які ще вчора вважалися особами з «обмеженими можливостями», все переконливіше доводять практичну безмежність волі, цілеспрямованості, самодисципліни.

Але, незважаючи на помітний прогрес у цій сфері, в ній ще залишається чимало проблем, які вимагають свого негайного вирішення: починаючи із неоднозначного ставлення суспільства до таких людей, і закінчуючи питаннями соціального характеру – доступність, працевлаштованість, затребуваність тощо.

Такий стан справ має місце і тому, що державна політика України в галузі реабілітації інвалідів бойових дій здебільшого зорієнтована на матеріальну допомогу цієї категорії громадян. У центрах реабілітації питання їх психологічної реабілітації вирішуються, переважно, окремими ентузіастами та багато в чому методом «проб і помилок». Зважаючи на обставини, що склалися, як першочергове завдання, виникає підвищена потреба в реабілітаційних центрах, здатних не тільки прийняти зростаючу кількість таких громадян, але й які мають можливість надати в повному обсязі необхідний комплекс професійних послуг для організації якісної медичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації.

Складність вирішення даної проблеми, на нашу думку, пояснюється насамперед, відсутністю єдиної міждисциплінарної теоретико-методологічної основи комплексного процесу реабілітації інвалідів, в якій був б відображений не тільки тонкий взаємозв'язок фізіологічного та психологічного, їх

незаперечний взаємовплив і взаємодоповнення, але й визначений рівень зрілості соціуму, в який має бути інтегрована людина з обмеженими можливостями.

Позитивною тенденцією нині є підвищення уваги до проблеми інвалідності вчених, які представляють різні наукові напрями, фахівців практичного профілю. В останні 10 років питанням правового, соціального, психологічного статусу інвалідів, їх медичної, соціальної професійної, педагогічної, психологічної реабілітації присвячено десятки докторських та кандидатських дисертацій, монографій, науково-дослідних робіт, наукових статей та інших дослідницьких, навчальних та навчально-методичних матеріалів. Інваліди, їх нагальні потреби, бажання, самопочуття, особливості поведінки стали предметом філософських, правових, соціологічних, економічних, медичних, педагогічних, психологічних досліджень. Особливо цінним є те, що у фокус наукових досліджень дедалі частіше потрапляють психологічні наслідки та методи психологічної реабілітації учасників бойових дій [3; 5; 8; 12 та ін.].

Все це доводить, що інвалідність та її реабілітація – проблема міждисциплінарна. Таке її трактування дає можливість:

- глибоко та детально проаналізувати кожен аспект досліджуваного явища;
- синтезувати та інтегрувати на єдиній методологічній основі цілісне уявлення про психологічні наслідки бойової травматизації;
  - врахувати всі детермінанти, що викликають різнопланові зміни індивідуально-психологічних, особистісних якостей, взаємовідносин із соціальним оточенням, побудувати цілісну модель інвалідності;
- обґрунтувати соціально-психологічний підхід до реабілітації інвалідів бойових дій та показати місце соціально-психологічної реабілітації у системі їх цілеспрямованої інтеграції до соціуму [48, с. 45].

Відтак, першим кроком на шляху до соціально-психологічної моделі інвалідності є вивчення та класифікація наукових уявлень про це явище, що мають місце в різних галузях наукового знання та соціальної практики. Аналіз цих уявлень, виділення в них сутнісних елементів, їх порівняння та угруповання

дозволять чіткіше та детальніше уявити контури соціально-психологічного бачення інвалідності, що настала внаслідок бойової травми.

Проведений аналіз наукової літератури щодо даної проблематики [3; 5; 8; 12 та ін.] уможливив виділення принаймні п'ять мегапідходів до її дослідження.

*Юридичний підхід* зорієнтований на розробку критеріїв інвалідності, що визначають зміну правового статусу людини, яка набула фізичної чи психічної травми, обґрунтування характеру відносин інваліда з іншими суб'єктами правових відносин. На сьогоднішній день категорії «інвалід» та «інвалідність» розглядаються в основному з юридичної та медичної точок зору, в яких фіксується медико-правовий статус цих понять та критерії їх встановлення.

Так, у рамках юридичного підходу, у законі «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», поняття «інвалід» визначається як особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності (у в тому числі обмеження трудової діяльності) та необхідність її соціального захисту [14]. А відповідно до закону «Про соціальні послуги» [13], інвалідність належить до однієї із важких життєвих ситуацій, які об'єктивно порушують життєдіяльність громадянина, яку він не може подолати самостійно

Очевидним є те, що незалежно від сформованих обставин, інвалідність, що виникла внаслідок отриманої учасником бойових дій травми, не просто порушує його колишню життєдіяльність, а позбавляє колишнього соціального статусу, практично викреслює зі звичного життя.

Таким чином, важливим моментом, що міститься в юридичному підході до розуміння інвалідності, пов'язаної з участю у бойових діях, є спроба зафіксувати в ньому факт участі військовослужбовця у виконанні військового обов'язку, захисті державних інтересів, по суті, передача себе, свого здоров'я, життя у розпорядження держави. Все це створює особливу соціальну ситуацію інвалідизації, за якої держава та військова служба виступають її елементами та неформальними детермінантами (якщо б держава не відправила людини на

війну, вона не стала б інвалідом). Ця ситуація закономірно формує в інвалідів бойових дій особливу внутрішню картину, в якій суттєву роль відіграє «ефект очікування» інвалідності, коли людина, чекає справедливого поповнення державою втраченого нею здоров'я. При цьому цей ефект не збігається з «ефектом вторинної вигоди», що виявляється у деяких інвалідів, тобто прагнення використати ситуацію з вигодою для себе. І ця відмінність насамперед полягає в тому, що в першому випадку не йдеться обов'язково про матеріальну компенсацію інвалідності.

Специфіка соціальної ситуації інвалідизації учасників бойових дій зумовлює формування таких деструктивних рольових типів інвалідів, як «застряглий», «споживчий» та «руйнівний». І, у зв'язку з цим, вона істотно впливає на зміст та організацію їхньої соціально-психологічної реабілітації.

У рамках *медичного підходу* [11] досліджуються наслідки фізичної травматизації. При цьому процес медичної реабілітації розглядається комплексно, у взаємозв'язку елементів «хворий», «лікар», «середовище». У зв'язку з цим аналізуються і психологічні аспекти ставлення потерпілого до травми («внутрішня картина інвалідності»), специфічні медико-психологічні феномени («когнітивна схема тіла», «фантомні болі» тощо), взаємини в системі «лікар-пацієнт» тощо. Медична реабілітація інвалідів бачиться на шляхах компенсації втрачених чи знижених фізичних можливостей постраждалого за рахунок протезування, ортезування, знеболювання, пластичної хірургії, усунення фізичних страждань.

Медичний підхід найбільш чітко виражений у позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка прийняла як стандарти для світової спільноти такі ознаки інвалідності:

- будь-яка втрата чи порушення психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури чи функції;
- обмеженість або відсутність (через зазначені вище дефекти) здатності виконувати функції так, як вважається нормальним для середньостатистичної людини;

- утруднення, що впливає із зазначених вище недоліків, яке повністю або частково заважає людині виконувати якусь роль (з огляду на вплив віку, статі та культурної приналежності) [11, с. 123].

У межах цього підходу інвалідність трактується як «тривала чи постійна, повна чи часткова втрата працездатності внаслідок хвороби, травм, каліцтва чи дефектів розвитку» [там само, с. 65].

Таким чином, у цьому визначенні увага акцентується на фізичному дефекті та нездатності повноцінної участі людини у суспільному виробництві, по суті, на її обмеженій корисності для суспільства, що своєю чергою формує негативне ставлення цього суспільства до цієї категорії громадян, що веде до їх дискримінації. Фактично, поняття «інвалідність» і «непрацездатність» сприймаються як синоніми, що зовсім відповідає дійсності, адже відповідно до «Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів», дані терміни відображають медичні та діагностичні підходи та ігнорують недосконалість та недоліки навколишнього суспільства. У зв'язку з цим сьогодні більш коректно вживати термін «люди з безмежними можливостями».

У контексті *соціального (соціологічного) підходу* досліджується соціум, як соціальне середовище, створене і «заточене» під здорових людей і насичене різними бар'єрами (середовищні, правові, професійні тощо), що перешкоджають (ускладнюють) нормальному соціальному функціонуванню постраждалого. Метою соціальної реабілітації є усунення існуючих бар'єрів та створення безбар'єрного соціального середовища.

У межах цього підходу інвалідність розглядається «не як властивість людини, а як перешкоди, які виникають у неї у суспільстві» [8, с. 28]. При цьому самі інваліди є не лише «пацієнтами», з погляду медичних проблем, та «споживачами послуг», з погляду соціальної роботи. Передбачається, що включення до інфраструктури суспільства системи соціальних служб, яким людина, яка має інвалідність, могла б делегувати свої обмежені можливості, зробила б її рівноправним членом товариства, який самостійно приймає рішення і володіє відповідальністю за свої вчинки. Актуальними в даному випадку є

розвиток самодопомоги та адресної допомоги як альтернатива спеціалізованим установам для людей з обмеженими можливостями.

У рамках аналізованого підходу найбільш масштабним та інформативним, на наш погляд, є класифікація основних моделей інвалідності, розроблена Тополь О. В. Дослідник дає розгорнуту характеристику наступним моделям інвалідності: моральної (релігійної), медичної, реабілітаційної, економічної, матеріалістичної, психосоціальної, соціально-політичної, культурної, моделей функціональної обмеженості, незалежного життя, людського розмаїття.

Дана класифікація побудована за принципом, де основним критерієм виступає «суб'єкт фіксування інвалідності», а саме: 1) модель прийняття інвалідності як неповноцінності (самим інвалідом) та 2) модель фіксування інвалідності суспільством. Виділення цих груп моделей дуже важливе не тільки для «промальовування» цілісного образу інвалідності, але й для розробки системи їхньої психологічної реабілітації.

Результат нашого аналізу моделей інвалідності подано у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

### Класифікація моделей інвалідності

Моделі інвалідності	Основні положення
<b>Моделі прийняття інвалідності як неповноцінності</b>	
Медична	Інвалідність – властивість людини, яка має дефект («неповноцінність») <p>Вивчення особистості хворого, врахування його особистісних особливостей – важливий аспект діяльності лікаря</p> <p>Надання соціальних компенсацій та пільг інвалідам як вирішення їхніх проблем</p>
Функціональної обмеженості	Неповноцінність - нездатність особи виконувати ті чи інші функції поряд із здоровими людьми
Реабілітаційна	Головна проблема інваліда - фізичний або психічний дефект, який робить його потребує медичного лікування та реабілітації з метою скоригувати або усунути наявний недолік

Культурна	Інвалідність - особливий культурний феномен, відмінний від інших культурних феноменів
<b>Моделі фіксування інвалідності суспільством</b>	
Економічна	Особи, які страждають на неповноцінність, менш продуктивні та економічно обмежені
Матеріалістична	Інвалідність - соціальне приниження, якого зазнають інваліди Люди з обмеженими можливостями – пригнічена соціальна група
Незалежне життя	Згортання мережі спеціалізованих інтернатів для людей з обмеженими можливостями та розвиток різноманітних форм обслуговування та підтримки інвалідів безпосередньо за місцем проживання
Психосоціальна	Інвалідність – результат дії стигми Кордон між здоровими та інвалідами, між «нормою» та «аномалією» є соціальною конструкцією, що змінюється у просторі та часі
Соціально-політична	Інваліди – пригнічена меншість Джерело більшості проблем інвалідів – наслідок соціальних установок
Людського розмаїття	Інвалідність - одна з багатьох індивідуальних особливостей стилю життя, свідчення різноманітності людської тілесності без оцінного компонента Інвалідність – це нормальний стан людини

Проаналізувавши моделі, включені до табл. 1.1., з психологічної точки зору, нами були виділені три траєкторії, за якими розглядається феномен інвалідності, а саме:

- «інвалідність як неповноцінність».
- «інвалідність як стигма».
- «інвалідність як стиль життя» [44].

Головними ознаками, що характеризують першу траєкторію «інвалідність як неповноцінність» є: фізичні та психічні дефекти і патологічні відхилення, які роблять людину залежною від медичного лікування та корекції наявного недоліку. Згідно Sherman N. неповноцінність описується як нездатність особи виконувати ті чи інші функції поряд зі здоровими людьми і, як результат, особи, які страждають на неповноцінність, спочатку розглядаються як менш

продуктивні та економічно обмежені. Іншими словами, «якщо людина не здатна працювати нарівні зі здоровими людьми і забезпечувати себе, отже, вона є тягарем для суспільства» [66, с. 56]. Не дивно, що суспільством такі люди вважаються некомпетентними та не здатними відповідати за себе. Розглядаючи «інвалідність як неповноцінність», слід зазначити, що дана траєкторія вимагає від самої людини обов'язкового усвідомлення своєї проблеми та себе як особистості загалом.

Ключовими складовими другої траєкторії, що презентує *«інвалідність як стигму»*, є: статус соціальної групи інвалідів у сучасному суспільстві, як групи пригніченої меншості. З точки зору уявлень про інвалідів як про меншість основні обмеження, з якими зіштовхуються такі люди, є більшою мірою результатом дії соціальних установок та дискримінації, ніж органічної патології.

Теоретичною основою даної траєкторії по праву може вважатися теорія стигматизації І. Гофмана, в якій інвалідність визначається як результат дії стигми – несподіваних відмінностей чи «нетиповості». В даному випадку, що вважати «нормою», а що «відхиленням» є основною прерогативою суспільства, що динамічно розвивається. Однак видимий фізичний недолік будь-якої частини тіла інваліда не може бути не помічений суспільством і в мить стає об'єктом пильної уваги та підставою для стигматизації [66].

На нашу думку, в рамках траєкторії *«інвалідність як стигма»* істотно змінюється розуміння індивідом себе та своєї соціальної ідентичності. В даному випадку динамічна взаємодія між інвалідом і суспільством має найважливіше значення у формуванні особистості інваліда та становленні його «інвалідної» або «неінвалідної» ідентичності, оскільки постійно нагадуючи людині про її обмежені можливості та викреслюючи з суспільного життя, соціум практично «засуджує» його до виконання соціальної ролі інваліда. Природно, що далеко не кожна людина може протистояти такому психологічному впливу. Однак, як пише у своїй книзі інвалід з дитинства, *«якщо сам не будеш з іншими спілкуватися як із рівними, іншим буде важко бути з тобою на рівних»* [67].



Вихід із цієї ситуації ми бачимо у руйнуванні ярликів, створених суспільством, а саме у цілеспрямованому та всебічному впливі на суспільну свідомість через подання у ЗМІ інвалідності як можливості продуктивного та успішного життя, а інвалідів як рівноправних членів суспільства, гідних поваги, любові та щастя (на прикладах людей, що впоралися з інвалідністю). Також ми поділяємо бачення цієї проблеми Макаренко С.С., який стверджує, що «мета полягає в тому, щоб проаналізувавши соціальні ролі та атитюди щодо інвалідів та їх стигматизуючий ефект, розширити поняття «норми», включивши до нього людей з обмеженими можливостями, сформувати у суспільному свідомості позитивний образ інвалідності і донести до людей, що інвалідність – як стать та старіння – це загальний експеримент, з яким зіткнеться кожен» [24].

Третя траєкторія – *«інвалідність як стиль життя»* – суттєво відрізняється від двох попередніх, оскільки інвалідність тут розглядається не як аномалія, а як одна з багатьох індивідуальних особливостей стилю життя та різноманітності людської тілесності без оцінного компонента . За такого підходу інвалідність - це, по суті, нормальний стан людини, особливий культурний феномен, який може трактуватися як особлива унікальність, ідентичність.

Таким чином, суть даної траєкторії полягає у створенні особливої субкультури інвалідності та її інтеграції в панівну на даний момент у суспільстві культуру. Приналежність інваліда до будь-якої «субкультурної» групи, залежно від його можливостей чи обмежень, сприятиме ліквідації із застосування суспільством самого поняття «інвалід» [54].

Дану траєкторію можна віднести до перспективних та евристичних напрямів, проте на сьогоднішній день соціальні установи та суспільство загалом ще оперують поняттями «норма», «відхилення», «неповноцінність», «анормальність», «аномалія» тощо і, отже, ще не зовсім готові до усвідомлення та прийняття людей з обмеженими можливостями як представників людської різноманітності.

Аналіз існуючих на сьогоднішній день психологічних досліджень інвалідності та психологічної реабілітації інвалідів бойових дій [3; 5; 11; 12; 21

та ін.] дає змогу виділити три більш-менш оформлені та самостійні стратегії: медико-психологічну, психологічну, психосоціальну.

Послідовники *медико-психологічної стратегії* розглядають інвалідність у термінах психічної хвороби, зокрема через призму симптомів та симптомокомплексів посттравматичного стресового розладу. У зв'язку із цим метою психологічної реабілітації інвалідів є елімінація симптоматики посттравматичного стресового розладу; вироблення ефективних копінг-стратегій, що дозволяють контролювати негативні емоційні стани, гіперактивацію та патерни уникнення, що сприятиме покращенню адаптації інваліда до соціуму.

Прихильники *психологічної стратегії* дотримуються уявлень про інвалідність, як про особистісну кризу, що проявляється в глибокій внутрішній роботі, трансформацію її Я-концепції, зміну змісту, орієнтації та ієрархії відносин особистості, народження нової особистісної ідентичності. Виходячи з такої позиції, головним напрямом психологічної реабілітації інвалідів бойових дій виступає гармонізація Я-концепції особистості, приведення її у згоду із самою собою, інтеграція травмуючого досвіду в особистісну історію, відновлення порушеного тимчасового континууму особистісної долі, набуття життєвих цілей та перспектив.

Прихильники *психосоціальної стратегії* звертаються до дослідження соціуму як джерела та причини формування соціальної ідентичності «інвалід». Вони досліджують психологічні механізми та ефекти впливу соціальних стереотипів, упереджень, соціальної стигми на формування нової ідентичності людини, яка отримала бойову фізичну травму. У зв'язку з цим психосоціальна реабілітація інвалідів бойових дій пов'язується, насамперед, із необхідністю дестигматизації суспільної свідомості; формування ресурсного середовища із найближчого соціального оточення; створення тимчасових «оаз» «неінвалідного досвіду особистості», що сприятиме формуванню неінвалідної ідентичності та закріплює неінвалідні патерни соціальної поведінки; реалізації інклюзивних форм взаємодії інваліда та суспільства.

Кожен із існуючих напрямів та стратегій реалізує найважливішу соціальну, моральну та психологічну місію, вирішує коло завдань, без вирішення яких психологічна реабілітація інвалідів бойових дій неспроможна. Однак є очевидною теоретико-методологічна, предметно-змістовна та організаційно-технологічна обмеженість кожного підходу.

На нашу думку, головним недоліком існуючих спроб наукового обґрунтування шляхів та методів психологічної реабілітації інвалідів бойових дій є їх штучна розчленованість за науковими інтересами. Препароване, відмежоване дослідження медикопсихологічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних (насправді – соціальних) аспектів наслідків інвалідності та психологічної реабілітації інвалідів не дозволяє вийти на системне осмислення цієї проблеми та комплексне вирішення завдань реабілітації інвалідів.

Поряд із сказаним, існуючі сьогодні наукові дослідження, пов'язані з розробкою психологічного розуміння інвалідності та обґрунтуванням моделі психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, можуть бути кваліфіковані як фрагментарні, неузгоджені спроби, нерідко вирвані з контексту психологічної специфіки бойової травматизації, що не враховують у повній психологічного статусу інваліда бойових дій. Тим часом дослідження [15; 22; 24 ] показують, що є суттєві особливості сприйняття інвалідами бойових дій причинності та «соціальності». Вони втратили своє здоров'я, виконуючи свій військовий обов'язок, захищаючи державні інтереси своєї країни і тому мають право сподіватися на особливе ставлення до них держави. Тобто держава, військова служба щільно вплетені в обставини їхньої травматизації. Сама остання найчастіше відбувається у ситуації, коли енергетичні та психологічні ресурси військовослужбовця значною мірою виснажені участю у бойових подіях і не завжди можуть бути задіяні у процес «гострого» переживання поранення, травми. Більшість військовослужбовців, стаючи інвалідами, втрачають не лише свою професію, а й сферу життєдіяльності, «місце у житті», змушені не просто змінювати, а вибудовувати нові плани життя.

Наукові підходи до аналізу психологічної реабілітації інвалідів, що існують на сьогоднішній день [7; 12; 24 та ін.] частіше всього будуються на моделі «хвороблікування», що залишає в тіні величезний пласт психологічних явищ і особисті ресурси самих постраждалих у подоланні психологічної кризи інвалідності. Акцент робиться переважно на дослідженні посттравматичного стресового розладу, який практично зачіпає явну меншість інвалідів [23]. Соціальному простору, в якому розігрується драма формування нової ідентичності особистості, громадській думці, установкам, стереотипам, конкретним стилям соціальної поведінки далекого, ближнього та найближчого соціального оточення відводиться роль пасивного та неупередженого спостерігача цієї драми. Відтак потужний допоміжний потенціал соціуму не використовується. У результаті близько 80% інвалідів бойових дій, які реалізують «руйнівні», «застрагуючі» чи «споживчі» стратегії адаптації, формується «інвалідна», дезадаптивна особистісна ідентичність.

Перелічені ефекти є явним підтвердженням необхідності багатоаспектного аналізу інвалідності з використанням можливостей різних наукових позицій, поєднання різних наукових підходів для побудови узгодженої психологічної моделі інвалідності.

## **1.2. Теоретико-методологічні передумови соціально-психологічного підходу до дослідження інвалідності.**

Грунтовний аналіз наукових джерел із визначеної проблематики доводить, що дослідження *інвалідності як психологічного феномену* [8; 13; 24 та ін.] є по суті інноваційним, адже, як було показано в попередньому параграфі, визначення поняття «інвалідність» зустрічається переважно в медичній та соціологічній парадигмах і вкрай рідко згадується довідкові психологічні джерела.

Більшість авторів, які все ж вивчають дані питання, зосереджують свою увагу переважно на декількох визначених напрямках: дослідження

психологічних механізмів соціального пізнання взаємодії людини (як окремого індивіда як і члена певної соціальної групи) і соціуму; формування соціальної ідентичності особистості; зміни соціальної ідентичності особистості внаслідок зміни особистісних та соціальних обставин життєдіяльності людини. Кардинальною обставиною проблеми інвалідизації є те, що людина, яка отримала травму, з простору міжособистісних відносин з оточуючими (особистість-особа) переміщається у простір міжгрупових відносин (член соціальної групи «інваліди» - члени інших соціальних груп). Цей перехід супроводжується глибокими драматичними трансформаціями Я-концепції особистості, її соціальної ідентичності, всієї системи відносин. І саме це має стати предметом більш глибокого дослідження та аналізу.

Як було зауважено раніше, нині у психології існує низка наукових підходів, які висвітлюють механізми, процеси та наслідки інвалідизації.

Так, у межах *психологічного знання* дослідження інвалідності можна умовно уявити з двох позицій: перша – вивчення механізмів взаємодії суспільства та людини з інвалідністю (З. Фройд, Дж. Г. Мід, К. Кулі, І. Гофман, Г. Теджфел, Дж. Тернер), друга - вивчення трансформацій особистості самого інваліда (Е. Еріксон, Е. Фромм та ін.)

Так, один з представників даного підходу І. Гофман стверджує, що «Суспільство встановлює способи категоризації людей і визначає набір якостей, які вважаються нормальними і природними для кожної з категорій. Соціальне середовище встановлює, які категорії людей у ньому можливі» [60, с. 157]. На його думку, ми не особливо замислюємося про сам процес взаємодії з навколишніми знайомими людьми. Однак при зустрічі з незнайомцем перше враження від його зовнішності дає змогу нам віднести його до тієї чи іншої категорії і визначити його якості, тобто його «соціальну ідентичність»

Найчастіше ми схильні приписувати людині низку недосконалостей на основі якоїсь однієї вихідної недосконалості, а часом і навпаки – приписування переваг. Ось як про це пише І. Гофман: «Індивід, який міг би легко брати участь у звичайній соціальній взаємодії, має певну особливість, яка нав'язливо

привертає до себе увагу і відвертає від нього співрозмовників, – тим самим перекриваючи шлях та іншим якостям цього індивіда. Він має стигму, небажану відмінність від того, чого ми очікували» [там само].

Таким чином, на думку автора, з'являється своєрідний соціальний бар'єр, пов'язаний з діями таких соціально-психологічних механізмів міжгрупових відносин, як механізми стереотипізації та аутгрупової дискримінації. Ці механізми починають діяти тоді, коли цілісна спільність ділиться на групи за якоюсь ознакою, іноді навіть не суттєвою. Зовнішні відмінності (ампутовані кінцівки, милиці, інвалідний візок, тростина тощо) автоматично включають комунікативне почуття «ми» - «вони», «свій-чужий», механізми міжгрупового сприйняття та взаємодії. На думку самих травмованих, в інвалідному візку вони не можуть бути достатньо авторитетними через «зменшення зросту», а також стають «невидимими» для інших людей як унікальні особи. Крім того, на їхню думку, сприймають їх не лише як людей з фізичними, але одночасно і як людей з психічними порушеннями.

Особливістю стереотипізованого сприйняття є те, що за безпосереднього контакту представників різних культур і субкультур, носіїв несхожих стереотипів увага звертається на те, що відрізняє їх один від одного. У багатьох випадках стереотипи сприйняття інвалідів війни існують у формі упереджень та автоупереджень. Упередження та забобони виступають різновидами соціальних стереотипів та багато в чому визначають соціальну поведінку людини. Л. Фестінгер пише, що стереотипи формуються на рівні чуттєвого відображення, яке схильне до негативного ставлення до всього незвичного. Тому саме зародження стереотипу схильне до формування негативних атрибутів, що веде до стійкості упередження щодо представника аут-групи.

На думку Марченко В. В., соціальні стереотипи для інваліда війни можуть виступати як психологічний ресурс (надперсональний і міжперсональний), що збільшує психічні та фізичні можливості, компенсує потенціал інваліда (це позитивні, мало емоційно насичені, що об'єднують стереотипи), так і в якості антиресурсу (негативні, емоційно насичені, що розділяють стереотипи), що

знижує його внутрішні можливості (персональний ресурс) та посилює проблеми та обмеження в життєдіяльності. Таким чином, інвалідизація є похідною від соціальних впливів і особистісних систем відносин постраждалого, що формуються на їх основі [25].

Таким чином, інвалідність виділяє людину із маси здорових людей, соціально маркує її, майже автоматично відносить до соціальної категорії «інвалід».

В цьому контексті З. Фройд вперше оцінив ідентифікацію як важливий механізм взаємодії між індивідом та соціальною групою, яка є найпершою формою емоційного зв'язку з іншою особою (батьком або матір'ю), вона «амбівалентна і може стати виразом ніжності так само легко, як і бажанням усунення». Таким чином, амбівалентність почуттів дитини переноситься на відносини особистості із суспільством, у яких поєднуються і почуття прихильності (до «своїх»), і почуття ворожості (до «чужих») [50].

У традиції символічного інтеракціонізму підкреслюється, що особистісна ідентичність формується у процесі соціальної взаємодії через зіставлення та протиставлення позицій різних груп та спільностей. Дж. Мід вважав, що самовизначення людини як виконавця будь-якої соціальної ролі здійснюється шляхом усвідомлення та прийняття тих уявлень, які існують в інших людей щодо цієї людини. І як засіб ідентифікації індивіда з групою ввів поняття «узагальнений інший», розуміючи під цим узагальнену оцінку індивіда з урахуванням соціальних установок, і цінностей суспільства [18, с. 134].

Е. Еріксон запропонував теоретичну модель ідентичності, пов'язану із психічним здоров'ям. До усвідомлення значущості цієї проблеми він прийшов після Другої світової війни, надаючи психотерапевтичну допомогу її учасникам – американським солдатам. На думку науковця, ідентичність індивіда є результатом спроби поєднати соціальні ролі, які він виконує, та його психологічні диспозиції з тими моделями особистості, які вважаються схваленими у культурі, до якої належить цей індивід. Ця інтеграція чи ідентичність «єго» є важливою внутрішньою властивістю особистості, особливо

в період подолання кризових моментів життя. Досліджуючи динамічну адаптивну функцію ідентичності, Еріксон запровадив поняття криз особистісної ідентичності [там само, с. 241].

Даний підхід може виступити як важлива теоретична основа нашого дослідження, що пояснює *механізми формування ідентичності інваліда бойових дій*, оскільки безпосередня участь у досить складних для людини подіях (бойових операціях) не дозволяє йому своєчасно замислюватися про те, чи буде схвалена його роль суспільством чи ні, а згодом чи буде цим суспільством прийнятий.

Для вітчизняних соціально-психологічних досліджень кризи ідентичності основним стало визначення О. В. Назарійчук, згідно з яким криза ідентичності трактується як «особлива ситуація свідомості, коли більшість соціальних категорій, за допомогою яких людина визначає себе і своє місце в суспільстві, здаються такими, що втратили свої межі та свою цінність» [29].

У когнітивній психології найбільш цінною для цілей нашого дослідження є теорія соціальної ідентичності Г. Теджфела. Він займався вивченням міжгрупових відносин, де предметом дослідження виступала не реально існуюча структура соціальних відносин, а її відображення у груповій та індивідуальній свідомості [69].

Особистісну ідентичність р. Теджфел розглядав як одну з підсистем Я-концепції, визначальну місце індивіда в соціумі в термінах фізичних, інтелектуальних і моральних рис, а соціальну ідентичність визначав як знання індивіда про свою приналежність до групи та емоційну значимість цього членства. На думку автора, в основі когнітивних процесів лежить процес *категоризації*, тобто. упорядкування свого оточення у термінах, угруповання оточення за категоріями, які мають сенс для індивіда. Категоризація є своєрідним тригером для *соціальної ідентифікації* - процесу, за допомогою якого індивід ментально поміщає себе в ту чи іншу категорію. Віднесення себе до будь-якої категорії (категорій) запускає процес *диференціації*, пов'язаний із процесом порівняння, який полягає у пошуку позитивних відмінностей «своєї» групи від «чужої». У результаті людина набуває соціальної ідентичності - ототожнення



себе з конкретною соціальною групою, яка розвивається у трьох площинах: когнітивний - знання про належність до групи; ціннісний - наявність позитивних відмінностей чи негативних конотацій щодо свого членства у ній; емоційний - прийняття чи своєї чи чужої групи [69].

Центральне місце серед механізмів становлення ідентичності Г. Теджфел відводив процесу *порівняння*. Відтак, незалежно від об'єктивних відносин і протиріч між групами факт групового членства, що сам по собі зумовлює розгортання зазначеного ланцюжка когнітивних процесів, неминуче призводить в кінцевому підсумку до міжгрупової *дискримінації*, механізми якою і виступають як кінцевий пояснювальний принцип для всієї сукупності міжгрупових соціально-психологічних явищ.

З погляду представників сучасного психологічного співтовариства, у дослідженнях особистості соціальна ідентичність – одна з актуальних та фундаментальних проблем, причиною вивчення якої є соціальні факти групової дискримінації, національної ворожнечі, упереджень, тобто факти міжгрупових конфліктів. А, як було показано в дослідженнях, інваліди бойових дій найчастіше є групою, яка відчуває на собі упередження, стереотипи та встановлення дискримінуючого їх суспільства.

Викладені вище положення складають опис тієї методологічної підстави, яка, на нашу думку, дозволить зрозуміти причини та психологічні механізми формування інвалідної ідентичності у ряду учасників бойових дій, які отримали бойові травми, а отже, визначити ефективні шляхи їхньої соціально-психологічної реабілітації.

Як зазначалося вище Е. Еріксон вважав що ідентичність є важливою внутрішньою властивістю особистості, що виявляється і коригується особливо у важких ситуаціях, у період подолання кризових моментів життя, яких, відповідно до закону «Про соціальні послуги», можна віднести і інвалідність [13].

У психології *важкою життєвою ситуацією* називають таку ситуацію, в якій внаслідок зовнішніх впливів або внутрішніх змін відбувається порушення адаптації людини до життя, внаслідок чого вона не в змозі задовольняти свої

основні життєві потреби за допомогою моделей та способів діяльності (поведінки), вироблених у попередні періоди життя. Слід наголосити, що не просто порушуються звичні стосунки людини зі світом, але стає неможливо пристосуватися до цих змін без серйозної роботи у зовнішньому чи внутрішньому світі. Для всіх важких життєвих ситуацій характерно порушення стійкості звичного способу життя і виникнення необхідності змін [18].

На думку Тетерук С. М., саме необхідність змін може стати початком переломного і критичного моменту, тобто «кризи» або «кризової ситуації», що дозволить переосмислити та пережити стан інвалідності. Про кризу чи кризову ситуацію йдеться у тому випадку, коли важка ситуація вимагає від людини значної зміни уявлень про світ і себе за короткий проміжок часу. В даному випадку криза чи критичний період – час якісних позитивних змін, результатом яких є перехід особистості на новий, більш високий ступінь розвитку. Зміст кризи – це розпад соціальної ситуації розвитку, що склалася, і виникнення нової. Безумовно, саме від позитивних змін залежить буде травмований учасник бойових дій надалі вважати себе «інвалідом» чи ні [45].

Таким чином, з психологічного погляду інвалідність можна описати через внутрішні процеси переживання та переосмислення свого стану, переживання по суті кризової ситуації.

З погляду Кудренко О. В., інвалідність характеризується комплексом специфічних психологічних проявів, які відображаються як у індивідуальному, і особистісному рівні. Вона проявляється в особливостях відносин інваліда до себе (дисгармонійність самооцінки, недостатньої впевненості в собі та незадоволеності собою), до інших людей (відчуття своєї залежності, вразливість, уразливість, надчутливість до критичних зауважень, егоцентризм, що передбачає занепокоєння своїм статусом, зосередженість на особистих проблемах) до цінностей (зміна ієрархії цінностей та установок залежно від групи інвалідності), вираженої нестійкості емоційно-вольової сфери, тривожності [22]. Такі внутрішньоособистісні зміни ускладнюють процес реадаптації інваліда, оскільки вимагають створення умов відновлення його статусу. А оскільки соціально-

психологічна реадаптація – це насамперед процес узгодження системи відносин інваліда з потребами (нормами, цінностями, звичаями) соціуму, то роль суспільства стає першорядною у прийнятті особи в звичне соціально-психологічне середовище.

Згідно позиції Гавловського О. Д. фізична травма, що супроводжується інвалідністю, здатна дезорганізувати Я концепцію потерпілого [7, с. 275]. Її результатом є неузгодженість та виникнення конфлікту між структурними елементами Я-концепції, проявляється це у зниженні самоцінності особистості, психологічному відході людини у минуле, втраті відчуття сьогодення та девальвації цінності майбутнього. Дезорганізована Я-концепція блокує ресурс особистості, необхідний особистісного зростання і самоактуалізації. Оскільки саме уявлення про ставлення соціального оточення формує Я-концепцію людини, то просте зменшення суб'єктивного значення соціуму у житті інваліда веде до поліпшення його психічного благополуччя. Таким чином, вибір визнати себе інвалідом чи ні та зайняти відповідну життєву позицію у майбутньому є самостійним рішенням інваліда.

Даний підхід, на відміну від усіх попередніх, орієнтований на трансформацію свого Я, на зміну соціуму всередині інваліда (його Ясоціального), на відновлення втраченої свідомості його існування, що надалі визначить основу соціально-психологічної реабілітації інвалідів.

Таким чином, завершуючи аналіз теоретико-методологічних передумов психологічного походу до розуміння інвалідності, необхідно зробити такі висновки, які слугуватимуть концептуальною основою дослідження інвалідизації:

- 1) інвалідність є глибокою психологічною кризою постраждалого, який отримав травму, що проявляється в осмисленні та переживанні соціальних стереотипів про інвалідів, засвоєнні соціальної стигми, дисгармонізації його Я-концепції та порушенні особистісної та соціальної ідентичності, що супроводжується його соціальною дезадаптацією;

2) переживання інвалідності будучи особливою діяльністю з переробки постраждалим свого стану як кризової ситуації, виступає чинником формування нової ідентичності людини;

3) становлення та розвиток інвалідної ідентичності відбувається тільки при послідовному залученні таких психологічних механізмів (процесів), як: категоризація, ідентифікація, соціальне порівняння, диференціація та дискримінація.

### **Висновок до розділу 1.**

1. Інвалідність як наслідок бойової травматизації може бути зрозуміла і всебічно осмислена лише в руслі міждисциплінарного підходу. Так, у медичному, юридичному (правовому), соціологічному (соціальному), педагогічному та психологічному підходах містяться евристичні положення, релевантні задачі розробки соціально-психологічної моделі інвалідизації. Особливо цінним є виділення моделей інвалідності, що розглядають її як результат внутрішньої роботи особистості та як наслідки спеціальної роботи суспільної свідомості.

2. В рамках соціально-психологічного підходу інвалідність розглядається «об'ємно» – одночасно у трьох площинах: «інвалідність як неповноцінність» – це фізична складова інвалідності (дефект, відхилення, обмежені функції), «інвалідність як стигма» – соціальна складова інвалідності (суспільство, його настанови, упередження, ярлики щодо інвалідів, взаємини, соціальна ідентичність), «інвалідність як стиль життя» - особистісна складова інвалідності (самовизначення, різноманітність людської тілесності, культурний феномен). У всіх цих ракурсах на психологічні наслідки бойової травматизації проглядаються важливі аспекти інвалідизації, цінні соціальнопсихологічного розуміння інвалідності.

3. Інвалідність є глибокою психологічною кризою постраждалого, який отримав травму, що виявляється в осмисленні та переживанні соціальних стереотипів про інвалідів, засвоєнні соціальної стигми щодо них,

дисгармонізація їхньої Я-концепції та порушенні особистісної та соціальної ідентичності, що супроводжується соціальною дезадацією. При цьому процес інвалідизації учасника бойових дій посилюється специфікою соціальної ситуації отримання травми, що істотно впливає формування внутрішньої картини інвалідності і типу Я-концепції.

## РОЗДІЛ 2.

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ БОЙОВИХ ДІЙ.

#### **2.1. Соціально-психологічні характеристики військовослужбовців, які зазнали бойової травми.**

Психологічна традиція вирішення будь-якої практичної задачі, як відомо, передбачає роботу з коригованим явищем на двох рівнях: а) на рівні розуміння явища та б) на рівні управління явищем. На рівні розуміння явища, насамперед, передбачається його виявлення - явище потрібно помітити, виділити з навколишньої дійсності, оцінити за допомогою спеціальних методик його найважливіші характеристики.

Визначивши, з яким явищем має справу, дослідник має згадати, уявити чи побудувати модель цього явища, тобто зрозуміти його структуру, функції, місію. І тільки чітко представляючи логіку функціонування явища, що вивчається, можна перейти на другий рівень роботи - на рівень управління явищем.

Соціально-психологічна реабілітація інвалідів бойових дій не є винятком. Не можна ефективно здійснювати психологічну допомогу, не представляючи чітко *модель психологічних наслідків бойової травматизації*, тобто взаємопов'язану сукупність психічних явищ, що породжуються самим фактом травматизації, її подальшим переживанням та становленням нової особистісної та соціальної ідентичності.

У попередньому розділі нами була аналізовано юридичну, медичну, соціальну та педагогічну моделі інвалідності, зміст яких дає змогу проводити більш-менш ефективну реабілітацією.

Щодо психологічної моделі інвалідності, то тут ситуація дещо складніша. З одного боку, саме психологічні наслідки травми є найбільш драматичними та пролонгованими. Фізичний біль поступово минає. Людина так чи інакше адаптується до життєдіяльності в умовах зниження своїх фізичних можливостей. Психологічні ж наслідки, такі, як сумніви, почуття провини, злість на себе і оточуючих, відчуття несправедливості, власного безсилля в деяких ситуаціях можуть супроводжувати людину все життя.

З іншого боку, незважаючи на важливість психологічних наслідків у загальній картині інвалідності, розробці її теорії та практики приділяється явно недостатньо уваги. Найчастіше за психологічними термінами у вивченні бойових травм та здійсненні реабілітації ховаються соціологічні, соціальні чи правові підходи. Ті, хто працює з психологічними феноменами інвалідизації, іноді просто переносять у цю сферу напрацювання з інших галузей практики або використовують загальні уявлення клінічної психології. Однак, якщо, наприклад, використовувати лише загальні принципи лікування хвороб у лікуванні інфекційних, онкологічних чи травматичних захворювань, якихось тимчасових ефектів можна досягти, протевилікувати хворобу не вдасться.

Не вдасться, на наш погляд, надати ефективну допомогу інвалідам бойових дій та військовій травмі, якщо не враховувати явну специфіку ціннісно-сміслових аспектів бойової травматизації та формування інвалідної ідентичності в різних групах інвалідів. Ось чому необхідно мати конкретне та спеціальне уявлення про психологічні особливості інвалідності внаслідок бойової та військової травми.

Відтак, на нашу думку, доцільно створити саме таку комплексну соціально-психологічну модель інвалідизації, що пояснювала б принципи та механізми формування психічного світу людини через призму її взаємодії із зовнішнім соціальним світом. Так модель пропонує Макаренко С.С. [24].

Автор виділяє *три рівні психологічних феноменів* :

1. *Каузальний (глибинний)*, що відображає соціальні та особистісні фактори та сутність становлення інвалідної ідентичності. Він пов'язаний із розумінням соціально-психологічної сутності бойової травматизації та інвалідності, джерел та механізмів формування самосвідомості людини з обмеженими можливостями, специфічних факторів, що супроводжують бойову травму.

2. *Ціннісно-смісловий (основний)*, що розкриває особистісні особливості та типологію базових психологічних процесів та явищ.

3. *Симптомологічний (поверхневий)*, що відбиває фізіологічні та поведінкові новоутворення в інвалідів бойових дій.

Так, Зигмунд Фройд, розмірковуючи про глибинний процес психотравматизації зазначав, що вирішальне значення для прориву гіпотетичного захисного шару психіки мають дві обставини: 1) не сила травмуючого стимулу, а той сенс, що травмує, який людина приписує цьому стимулу і 2) наявність або відсутність активної реакції людини на загрозовий стимул (відреагування) [50]. В основі позиції лежить ідея про те, що зіштовхуючись із певними стигмами, кожна людина може обрати рівні варіанти реакції на неї, які залежать від використовуваних ними способів сприймати і інтерпретувати значущі події, що відбуваються в житті, оцінювати свої можливості і вибирати ті чи інші схеми дій та подолання проблем. Сукупність таких способів дій у складних ситуаціях утворює індивідуальну *стратегію подолання*. У психології це явище отримало назву «психологічний бронезилет», в якому виділяється кілька захисних «шарів» (індивідуально-психологічних, особистісних якостей, способів взаємодії із соціальним оточенням). Перший «шар» частково складається з вроджених особливостей нервової системи та набутого раннього досвіду реагування на стресові ситуації однієї з базових схем: «бий», «біжи», «замри» [65]. Реакції типу «бий» супроводжуються мобілізацією всіх організмичних ресурсів, перерозподілом потоку крові та кисню від внутрішніх органів (від сечостатевої системи, шлунка, голови) до великих м'язів

ніг, рук, серця. Одночасно, відлив крові від шлунка викликає слабкість, нудоту, позиви до дефекації та сечовипускання, зниження чи втрату здатності вирішувати інтелектуальні завдання. В цьому випадку організм максимально готовий до боротьби або втечі від небезпеки. У разі реагування на стресфактори «завмиранням», втрачається здатність відчувати тілесний та емоційний біль, може виникати дисоціація – відчуття того, що події відбуваються не з кимось іншим, «на екрані», «за склом». Можуть відбуватися зміни у сприйнятті, такі як вихід із власного тіла, або відчуття того, що час завмер.

Схеми реагування «бий» і «біжи» включають активну реакцію на зовнішній стимул. Це створює умови для запобігання психотравматизації. Схема «замри» – пасивна, у ній відсутнє відреагування. Тому вона не може виконувати функцію захисту.

Другий «шар» захисту пов'язані з тим, який стиль ставлення себе і суспільству сформувався в людини. Одні люди вважають, що їхня доля визначається оточуючими людьми (рідні, близькі, керівники), що саме соціальне оточення відповідальне за їхні успіхи та невдачі. Таких людей називають екстерналами (орієнтованими на зовні). Для них важлива громадська думка та оцінки, вони потребують соціальної підтримки, а за її відсутності легко піддаються соціальній стигматизації.

Цей шар захисту дуже слабкий. Інші люди звикли вважати себе господарем своєї долі, вони самі приймають важливі життєві рішення і несуть відповідальність за свої досягнення та поразки. Для них громадська думка не є обов'язковою командою до дії. Їх називають інтерналами (зорієнтованими усередину себе). Вони мають значний захист від стигми.

Іншим важливим «прошарком» захисту від несприятливих соціальних впливів є власне *копінг-стратегії*, що переважають у поведінці людей. Одні люди сприймають екстремальну ситуацію як завдання, яке потребує вирішення. Вони продумують стратегії дій, шукають необхідні ресурси подолання труднощів і сподіваються на успіх. Інші сприймають складну ситуацію як катастрофу, зациклюються на переживаннях та шукають способи уникнення



невдачі. Люди, орієнтовані рішення завдання і досягнення успіху, краще захищені від несприятливих зовнішніх впливів, ніж, хто орієнтований переживання і уникнення невдач.

Нарешті, важливим елементом захисту є характер взаємодії інваліда з найближчим соціальним оточенням, яке має бути дієвим психологічним ресурсом у подоланні кризи.

Проведений аналіз показує, що у кожної людини його «психологічний бронезилет», який має різні «ступені захисту».

Людина з сильним психологічним захистом здатна витримати найпотужніші удари долі, пережити будь-яку психологічну кризу, подолати найскладніші обставини життя. Це дозволяє йому навіть у найскладніших обставинах зберігати найважливіші характеристики своєї особистості – особистісну та соціальну ідентичність, тобто тотожність собі самому, стабільність уявлень про себе у різних життєвих і соціальних ситуаціях.

Якщо ж звичні стратегії подолання стресової ситуації виявляються неефективними, особистість людини стає беззахисною.

Особистісна і соціальна ідентичність порушується, в ній з'являються протиріччя, виникає внутрішньоособистісне напруження, внутрішньоособистісний конфлікт, може проявитися психологічна травма і настати особистісний криза.

Така криза виникає тоді, коли протиріччя в уявленнях людини про те, якою вона має бути, як вона має чинити і якою вона, на його думку, є насправді настільки сильні, що всього її життєвого досвіду не вистачає, щоб безболісно усунути їх а соціальна підтримка відсутня. В результаті соціальна стигма опановує особистість і стає засвоєною стигмою і людина знаходить інвалідну ідентичність. Він упокорюється тому, що є інвалідом [24].

Ця трансформація особистості відбувається на *ціннісно-смісловому (основному) рівні* та забезпечується роботою такого найважливішого механізму регуляції психічного життя та поведінки особистості, як Я концепція.

*Я-концепція інваліда бойових дій* – це більш-менш усвідомлювана система уявлень людини про себе, що включає: а) усвідомлення своїх фізичних,

соціальних, інтелектуальних, духовних властивостей, смислів свого існування у тимчасовій довжині життя (образ Я); б) ціннісне ставлення до цих властивостей (самооцінка); в) готовність до певних способів поведінки стосовно себе самого та соціального оточення (ауто-і гетероустановки) [16].

Найважливішими характеристиками Я-концепції як регулятора поведінки інвалідів бойових дій є:

1. Ступінь гармонійності (узгодженості, конфліктності безконфліктності) я-образів (я-реальне, я-ідеальне, я-належне, я-соціальне).
2. Тимчасова орієнтованість і цілісність: переважна зосередженість у минулому, теперішньому, майбутньому чи у всій тимчасовій протяжності життя.
3. Домінуючий рівень суб'єктивного контролю.
4. Активність (переважання мотивації досягнення чи уникнення невдач; рівень активності з подолання соціальної дезадаптації).

Стан та співвідношення перерахованих характеристик Я-концепції людини визначає відчуття її особистісної та соціальної ідентичності.

Якщо ці уявлення узгоджені, несуперечливі, людина відчуває задоволеність собою, своїм життям, професійною діяльністю. Психологічне благополуччя людини мало пов'язані з реальним життям. Воно визначається тим, яким людина сприймає себе в житті, у співвідношенні з іншими людьми і як вона інтерпретує це співвідношення, який сенс вона надає своєму поточному стану, своїй життєвій місії. Це повною мірою стосується і тих драматичних подій, в які потрапляє людина в процесі життя. Не сила і масштабність подій визначає переживання і поведінкові реакції людини, а той сенс, який вони вкладають у цю подію, те, як вони реагують на неї, якою вони бачать свою місію в новій ситуації, як вони оцінюють адекватність своїх реакцій на подію [22].

Таким чином, структурна дисгармонізація Я-концепції інвалідів бойових дій пов'язана з дезінтеграцією та конфліктом її основних Я образів: розмиваються образи Я-реального та Я-ідеального; нерідко Я передтравматичне (спогади про те, яким був і які можливості мав суб'єкт Я-концепції до травми) набуває функції Я-ідеального, а Я-травматичне та деформоване Я зеркальне поглинають Я-

реальне (часте проживання та переживання себе в травматичній ситуації та в ситуації інвалідності); Я тілесне, пов'язане з характером бойової травми, опосередковане через Я зеркальне; в процесі адаптації до нової соціальної ролі «інвалід» Я тілесне йде в підсвідомість і проявляється в імпліцитній формі в Я реальному та Я ідеальному [16].

У результаті Я-дзеркальне підпорядковує собі дію інших модальностей, а Я-ідеальне поступово перестає грати активізуючу та мобілізуючу роль розвитку особистості.

*Тимчасова трансформація Я-концепції* постраждалого характеризується: блокуванням розвитку Я-концепції у бік майбутнього («укорочена життєва перспектива»); домінуванням минулого в структурі Я-концепції («вина, що вижив»); створенням у теперішньому своєрідного «комплексу жертви», що групує навколо себе всі негативні трансформації Я-концепції особистості потерпілого.

*Посилення екстернальних тенденцій у суб'єктивному контролі особистості* заважає їй відбутися як суб'єкту свого життя і майбутнього, прояв «вивченої безпорадності».

*Деактивація Я-концепції інвалідів бойових дій*, проявляється у формуванні мотиваційної стратегії на «уникнення невдач», а не на «досягнення», у прояві «рентних тенденцій» або «вторинної вигоди».

Проведений аналіз літературних джерел дав змогу також виявити дуже важливий аспект бойової травматизації учасників бойових дій. Було встановлено, що типи Я-концепції відрізняються ступенем захищеності від соціальної стигми. У "творчого" типу сильні всі шари захисту. Тому він не схильний до психотравматизації. В інших типів слабкі чи рівень суб'єктивного контролю, чи копінг-стратегії, чи соціальна підтримка. Вони більшою мірою схильні до інвалідної стигматизації.

Отримані теоретичні дані також дали змогу виявити та описати характеристики Я-концепцій інвалідів бойових дій [16, с.134].

*«Створювальна» Я-концепція* характеризується відсутністю вираженого конфлікту між Я-образами, орієнтацією майбутнє, націленістю досягнення, домінуванням міжнародного УСК (рівень суб'єктивного контролю), збереженням функцій, які забезпечують адаптацію особистості соціумі.

*«Споживча» Я-концепція* характеризується наявністю конфлікту між Я-реальним, Я дзеркальним та Я ідеальним, трансформацією Я реального в Я фантастичне, спрямованістю в майбутнє та сьогодення, пасивністю, переважанням екстернального УСК, дисфункцією, що викликає соціальну дезадаптацію особистості.

*«Руйнівна» Я-концепція* відрізняється: поєднанням Я-реального з Я-ідеальним-минулим, спрямованістю у військове минуле, яке визнається цінним, сьогоденням, значущим; переважанням міжнародного УСК; активністю і одночасно дисфункціональністю, що викликає соціальну дезадаптацію особистості. Ветеран, часом, незважаючи на інвалідність, стає «вовком війни», який «мігрує» по гарячих точках.

*«Застрагуюча» Я концепція* характеризується виразністю конфлікту між Я реальним та Я ідеальним, поєднанням Я реального з Я травматичним, а Я ідеального з Я предтравматичним-соціальним, спрямованістю в минуле, переважанням екстернального УСК, розвитком «почуття провини уцілілого», пасивністю, порушенням соціально-адаптивної функції Я-концепції.

Глибока внутрішня психологічна криза «проривається» і проявляється у *психофізіологічних та поведінкових симптомах*, які отримали назву *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* – психічного стану, що відбиває розвиток характерних симптомів, що виникають після переживання сильного стресу. Воно проявляється у чотирьох основних симптомокомплексах: повторних переживаннях травматичної події; негативні думки і настрої; гіперзбудження (гіперактивації, гіпермобілізації) та уникнення травмуючих переживань та почуттів [23].

*Повторні переживання* охоплюють: спонтанні (мимовільні) спогади про травмуючий випадок; повторювані сни, пов'язані з подією; флешбеки чи інші інтенсивні чи пролонговані психологічні страждання.

*Негативні думки та настрої* представляють різноманітні почуття, пов'язані з постійним та спотвореним почуттям провини (своєї чи чужої), відчуженням від інших людей, помітним зниженням інтересу до діяльностей, нездатністю пам'ятати ключові аспекти події.

*Гіперактивація* проявляється у: агресивну поведінку (гіпердільність, ефект ворожого оточення, бачення світу «крізь проріз прицілу», подружні та батьківсько-дитячі проблеми та ін.); необачному поведінці (невитриманість, нездатність зосередитися, бути послідовним та інших.); саморуйнівному заведенням (адиктивна поведінка, алкоголізм, наркоманія, самоізоляція, суїцид тощо); порушення сну.

*Уникнення* стосується: спогадів, думок, почуттів і зовнішніх нагадувань про подію, що турбують.

Перелічені симптоми найбільш яскраво виявляються у діяльності фізіологічної системи та у зовнішній поведінці інвалідів і часто саме до них і зводяться всі психологічні наслідки інвалідизації.

Робота з симптомами ПТСР дуже важлива, але як вид екстреної, аварійної допомоги, націленої на «виведення зі стану дезадаптації», що дозволяє повернути людині здатність більш менш ефективно функціонувати в соціумі. Однак, подібно до того, як знеболюючий, полегшуючи стан людини, не вбиває шкідливих вірусів і бактерій, усунення симптомів ПТСР не знімає «психічного запалення», що породжується травмою [23].

Незважаючи на виділені та проаналізовані компоненти та складові соціально-психологічної моделі інвалідизації травмованих учасників бойових дій, її практична реалізація може наштовхнутися на низку обставин, що ускладнюють її здійснення [25].

По-перше, високий рівень екстремальності бойової діяльності, що передуює бойовій травматизації, змушує військовослужбовця кардинально перебудувати

свою психіку на військовий режим функціонування. Така перебудова потребує величезної енергії, мобілізації всіх фізіологічних, психологічних, соціально-психологічних ресурсів. Для її здійснення потрібні величезні енергетичні, психофізіологічні, психологічні та соціально-психологічні ресурси. Однак, як відомо, кожна людина має свою межу адаптаційних можливостей. Ресурси учасника бойової діяльності виснажуються і можуть бути відсутніми в момент отримання бойової травми. Адаптація до ситуації травмування вимагає ще більшого ресурсного потенціалу, а його вже немає. Таким чином, травматична криза переживається на межі можливостей на межі психологічного зламу.

По-друге, військовослужбовець, який отримав бойову травму, не просто повинен реадаптуватися до мирного життя, він повинен адаптуватися зовсім до іншого з психологічного, соціального та фізичного погляду життя. Якщо звичайного ветерана часом вкрай непросто повернути до минулого (знайомого, приємного, бажаного) життя, то інваліда потрібно повернути з поля бою зовсім у незнайоме, неприємне, часто ненависне життя.

По-третє, має місце ціннісно-смісловий конфлікт в осмисленні своєї інвалідності. Якщо звичайна людина, яка народилася інвалідом або стала інвалідом внаслідок нещасного випадку, захворювання, звинувачує в цьому сили природи, батьків, інших людей, себе, випадок, то інвалід бойових дій має право розраховувати на те, що відповідальність за його травму поділять з ним суспільство і держава, чиї інтереси він захищав.

Таким чином, соціальна ситуація травматизації (сукупність соціальних умов, що реально чи номінально беруть участь у детермінації травми) у інвалідів бойових дій суттєво відрізняється від соціальної ситуації травматизації більшості інших інвалідів. У цю ситуацію, відбиту у свідомості воїна, спочатку вплетені держава, армія, військова служба. Все це створює умови для більш драматичного перебігу психологічної кризи.

Слід мати на увазі, що у військовослужбовців (навіть у тих, хто визвався на військову службу на рік), може сформуватися почуття «вивченої соціальної безпорадності», яке проявляється в тому, що людина, яка ставить на карту

інтересів країни своє життя та здоров'я, повністю доручає суспільству відповідальність за наслідки цього рішення. Крім цього, серед інвалідів бойових дій – чимало молодих людей, які не мають громадянської професії, досвіду трудової діяльності, які не знають по-справжньому своїх можливостей. Ось чому інвалідів бойових дій не так багато серед тих, хто після травми відкрив власну справу, пішов у паролімпійський спорт, зайнявся культурними, освітніми та іншими проектами тощо.

По-четверте, нерідкий прояв у інвалідів бойових дій «вини вижив»: провини перед бойовими товаришами за те, що «підвів» своєю травмою підрозділ, на який повісили «палку» події; провини перед згодом загиблими товаришами за те, що не міг надати допомогу, врятувати їх. Така вина є своєрідним «психологічним катом», який зазнає ветерана жахливих та витончених страждань.

По-п'яте, висока маскулітність військовослужбовців, пов'язана з тенденцією уникати психологічних обстежень, психологічної допомоги та реабілітації, вважати їх «нижчою за чоловічу гідність». Це створює складнощі у проведенні психологічних обстежень ветеранів бойових дій, залученні їх до групових (найефективніших) форм психологічної реабілітації.

Врахування цих обставин дозволяє забезпечити високу ефективність соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.

Таким чином, з соціально-психологічного погляду інвалідність є глибокою психологічною кризою військовослужбовця, який отримав бойову травму, що проявляється в осмисленні та переживанні соціальних стереотипів про інвалідів бойових дій, засвоєнні соціальної стигми інвалідності, дисгармонізації його Я-концепції та порушень що супроводжується його соціальною дезадаптацією.

## **2.2. Теоретична модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій.**

Побудувати модель соціально-психологічної реабілітації, на нашу думку, означає обґрунтування її мети, завдань, об'єкта, предмета, суб'єктів, структури (блоки), етапів, рівнів, форм, методів, принципів, механізмів, місця у системі цілісного реабілітаційного комплексу.

Мета реабілітації інвалідів бойових дій полягає в тому, щоб остаточно фізично та психологічно повернути травмованих військовослужбовців у мирні умови життєдіяльності, завершити ті жорстокі внутрішні війни, які вони ведуть у своїх серцях, відновити гармонію у їхніх душах, віру у свої можливості та життєві перспективи, створити умови для всебічного забезпечення їхнього повноцінного соціального функціонування.

У документах, які регламентують реабілітацію військовослужбовців вказується місце соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій та військової травми у структурі цілісного реабілітаційного процесу, як його складової частини, націленої на виведення «їх із шокowego стану та адаптації до соціального оточення. Як зазначено у стандарті, комплекс реабілітаційних послуг має містити психосоціальні та біологічні методи впливу на інваліда, які мають бути спрямовані на організм, на особистість та на соціум [35; 44].

Серед послуг соціально-психологічної реабілітації виділяють: психодіагностику, психологічне консультування, психологічну корекцію, психопрофілактику, психологічну роботу, соціально-психологічний патронаж інваліда та його сім'ї, психологічний тренінг, особистісно орієнтовану психотерапію. Дослідження показує, що перелічені форми соціально-психологічної реабілітації, безумовно, важливі та необхідні. Однак у їх викладі немає системи, напрями діяльності дано упереміж із формами вирішення конкретних психологічних завдань, не проглядається загальна логіка та наступність видів діяльності [46].

Для системного подання соціально-психологічної реабілітації необхідно покласти до її основи цілісне, модельне бачення соціально-психологічної сутності інвалідності.



Як зазначалося нами у попередньому розділі, інвалідність являє собою глибоку психологічну кризу військовослужбовця, який отримав бойову травму, що проявляється в осмисленні та переживанні соціальних стереотипів про інвалідів бойових дій, засвоєння соціальної стигми, дисгармонізації його особистості, що супроводжується його соціальною дезадаптацією. Цей комплекс психологічних наслідків інвалідизації виступає як об'єкт дослідження, а гармонізація (внутрішня і зовнішня) - як його предмет.

Для побудови ефективної та дієвої теоретичної моделі соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій нами було, насамперед, проаналізовано наявні емпіричні дані, які були отримані при опитуванні як безпосередньо інвалідів бойових дій так і експертів (психологів та фахівців, які працюють у галузі реабілітації інвалідів), що уможливило виявлення комплексу переживань ветеранів, пов'язаних із бойовою фізичною травмою. В результаті цього дослідження було складено перелік більш менш диференційованих відчуттів, переживань, станів таких осіб, а також дієвих методів подолання ними посттравматичної кризи, стратегій впливу соціуму на цей процес. Подальше угруповання дозволило виділити 6 груп реабілітаційних процесів, що впливають на роботу особи з переживання посттравматичної кризи, які були згруповані у два великі блоки психореабілітаційних процесів: особистісно зорієнтованого та соціально зорієнтованого [24].

**1. Особистісно зорієнтований блок** соціально-психологічної реабілітації відображає процес внутрішньої роботи особистості з самореабілітації. Він включає три рівні переживань як психологічної роботи особистості з подолання інвалідності:

- переживання психофізичної травми (больовий рівень)
- переживання психічної травми (особистісний рівень) - переживання психосоціальної травми («травми соціумом») (соціально-психологічний рівень).

Необхідно відзначити, що виділені нами компоненти тісно пов'язані один з одним і є «психологічною тріадою переживання інвалідності». Тому теоретичне виділення даних компонентів вимагає на практиці строго поетапного переходу

від одного до іншого і тому умовно. Крім того, ми не виключаємо, що больові та інші некомфортні фізичні відчуття можуть відчуватися постраждалим на кожному з них і досить довгий час. Розглянемо ці компоненти докладніше.

Переживання інвалідом психофізичної травми – це процес априорі, що не потребує доказу, але заслуговує на належну увагу. Незавжди уявити який травмуючий вплив на психіку мають больові тілесні відчуття, порушення контролю над життєво-важливими функціями, знерухомлення. Як зазначає з цього приводу Філак Я. Ф., рефлекторна реакція на фізичний біль - усунення, уникнення, втеча. Але основна функція болю все ж таки інформаційна – вона повідомляє нам, що відбулася травма, і одночасно запускає механізми, спрямовані на зцілення або ті, які забезпечують виживання, а також формують відповідний досвід («захисні поведінкові реакції») [26].

Відомо, що навіть короткочасний хворобливий стан втомлює, знесилює, виснажує психіку людини, не кажучи вже про фізичне каліцтво. Кожна людина, маючи хоча б і обмежений досвід соматичної хвороби, може спостерігати її формування у самого себе: "прислухання" до неприємних локальних відчуттів (болі, тиску тощо), спроба розібратися в джерелі цих відчуттів, співвіднести їх з наявним власним досвідом та відомостями, отриманими від інших людей, медичного персоналу, спеціальної літератури, засобів масової інформації. Людині властиве в цих умовах прагнення зрозуміти, наскільки цей стан загрожує її життю та здоров'ю те чи інше неприємне відчуття чи стан організму, а також прагнення зробити деякі активні спроби позбавлення від страждання.

Тому травмованому необхідно пережити біль не тільки фізично, але що не менш важливо, пережити цей біль психологічно. При цьому інтенсивність душевного болю, який, як і фізичний, ми поки що не вміємо вимірювати, нітрохи не менше, скоріше навпаки: вона може буквально розривати тіло на частини, людина корчиться і кричить від болю, завдає собі фізичних ушкоджень, страждання від яких ніщо по порівняно з болем психічним. Іноді він готовий навіть убити себе - аби позбутися болю. Останній нерідко розглядається як безпосередньо чуттєвий феномен, що підпорядковується переважно

фізіологічним закономірностям, насправді виявляється складним явищем, що залежить від таких факторів, як мотивація суб'єкта, стійкість образу тіла, ставлення до власного тіла та ін. Оскільки тіло людини внаслідок травми змінюється фізично, то першорядним є прийняття себе «зміненого» як себе, адже втрата контролю над своїм тілом (над своїми рухами) є «центральною проблемою і найпотужнішою фрустрацією» травмованої людини [26, с. 12].

Необхідно нагадати про характерні при ампутаціях фантомні болі, які довгий час не дозволяють психологічно повністю відчутти своє «змінене» тіло, а отже і прийняти його. Фантомний біль – цілком реальне відчуття болю в ампутованій кінцівці. Отож, доки фантомні больові та сенсорні відчуття мають місце, інвалід не може скоригувати свій тілесний образ Я. До цього моменту його Я-справжнє-тілесне спотворене і, по суті, наповнене Я-тілесним-передтравматичним.

Необхідно відзначити, що травмовані з фантомними відчуттями не тільки не готові прийняти тілесні зміни, перебудувати образ тіла, але й не готові прийняти всю життєву ситуацію, що склалася в цілому, почати активний процес адаптації до умов життя, що змінилися.

Тому головним для постраждалого на етапі психологічного переживання фізичної травми відповісти на запитання «Це Я?». І оцінивши свій фізичний та психологічний статус ствердно та відповідально сказати: «Так, це Я». По суті, внаслідок прийняття себе фізично «зміненого» як самого себе у травмованого військовослужбовця відбувається становлення свого «Я-тілесного трансформованого», що, на нашу думку, є основою для формування особистісної та соціальної ідентичності.

На цьому етапі у процесі соціально-психологічної реабілітації, можуть задіятися такі когнітивні механізми – пристосування (прийоми роботи з болем), усвідомлення змінених фізіологічних відчуттів та функцій, переосмислення, трансформація (переконання на прикладах, зараження прикладом), формування нових життєвих смислів та шляхів їх втілення. Завершенням цього етапу має бути прийняття самим травмованим установки «з цим можна жити».

Відомим є той факт, що «психологічний аспект реабілітації має у багатьох хворих та інвалідів не менше значення, ніж фізичний». На думку Ушакова І. М., Чернова О. В., стан безпорадності в момент травми може призводити до так званої «психічної поразки» - стану, в якому людина втрачає здатність підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, що внаділена волею. Люди, які пережили цей стан, описують його так: «це відчуття себе неживим, зламанним предметом, коли абсолютно байдуже, живий ти чи мертвий» [49, с. 243]. По суті, мовиться про переживання інвалідом психічної травми, яке на нашу думку є основним, оскільки відбувається дисгармонія «Я» і йому необхідно відповісти на запитання «Хто Я?».

Як показує практичний досвід, пацієнти спостерігають у себе відчуття втрати гідності та деперсоналізації (втрату особистісної ідентичності), які супроводжуються почуттями власної нікчемності та незначущості та спричиняють зниження самооцінки.

Отож, все вищезначене свідчить про те, що всі явища нашого психічного життя пов'язані один з одним так, що утворюється одне ціле, що становить безперервність у часі та одиничність нашої особистості. Але перша умова сталості та безперервності нашого Я полягає у сталості та безперервності нашого буття та функціонування різних наших органів; іншими словами, одиничність і тотожність особистості є психічним виразом одиничності та тотожності організму».

Враховуючи це, *основним завданням особистісно-орієнтованого блоку соціально-психологічної реабілітації є гармонізація Я-концепції інвалідів бойових дій, яка повинна здійснюватись по наступним напрямкам:*

- узгодження структурних компонентів Я-концепції (Я-реального, Я-ідеального, Я-дзеркального);
- відновлення цілісності тимчасової протяжності життєвого шляху особистості (минулого, сьогодення, майбутнього);
- посилення інтернальних тенденцій у суб'єктивному контролі, які допоможуть відбутися особистості як суб'єкту свого життя і свого майбутнього;

- активізація Я-концепції (формування мотиваційної стратегії не так на «уникнення невдач», але в процес «досягнень»);
- стримування маскулінних тенденцій ветеранів бойових дій, які виявляються у відмові від участі у психологічній реабілітації;
- вдосконалення копінг-стратегій інвалідів бойових дій у подоланні важких життєвих ситуацій [47].

Не менш важливим у переживанні психічної травми є усунення симптомів ПТСР (за їх наявності) та вирішення особистісних проблем інвалідів, які ускладнюють гармонізацію Я-концепції особистості та дезадаптують інваліда в соціумі. Докладніше ці методи будуть розглянуті у наступних параграфах.

Як свідчать результати досліджень, психологічними механізмами, задіяними у процесі подолання психічної травми інвалідності можуть бути: особистісне переживання, переструктурування, переосмислення стану інвалідності, подолання депресивного стану, активізація сили Я, становлення особистісної ідентичності. Як зазначено Титаренко Т. М. у дослідженні корекції Я-концепції інвалідів бойових дій, основними психологічними механізмами, що запускають процес позитивних трансформацій особистості виступають: конфронтація, навчання, коригуючий емоційний досвід, плацебо-ефект [46].

Завершенням цього етапу буде прийняття установки «з цим треба жити». А те, що таке можливо доводять слова людей, які успішно подолали себе і свою недугу.

Переживання інвалідом психосоціальної травми або «травми соціумом» є, по суті, індикатором неуспішності переживання фізичної та психічної травми. Однак переживання інвалідності суттєво перебудовує систему взаємодії людини з суспільством та ускладнює процес її соціалізації. Як показують дослідження, здорові люди часто вважають інвалідів нещаснішими, сумними, ворожими, підозрілими, злими, замкнутими. Загалом 25% українців визнали, що відчують незручність при особистому спілкуванні з інвалідами, 30% вважають, що них слід ставитися по-особливому. В результаті, з боку соціуму спостерігається обмежене бажання взаємодії з цією категорією громадян, що своєю чергою є

причиною того, що інваліди не беруть активної участі в житті суспільства, хоча мають для цього достатні можливості [42].

Безумовно, страх перед соціумом, страх бути не зрозумілим і не прийнятим, відчуття невизначеності гальмують процес становлення соціальної ідентичності та інтеграції в суспільство. Перед травмованою людиною постає непросте завдання – *«треба усвідомити не стільки, що ти (інвалід) такий самий як усі, скільки те, що інші – такі ж як ти»*. Тому після прийняття себе з усіма фізичними та психологічними змінами залишається пройти досить складний процес самовизначення в суспільстві, можна сказати «знайти своє місце в житті», і відповісти на питання «Де Я?».

Як зазначалося нами раніше, за умови зменшення значущості соціуму у житті інваліда, покращується його психічний стан. Отже, змінивши соціум усередині особистості (Я-соціальне), вона сама стане не лише психологічно менш уразливою, а й здатною вибудовувати конструктивні відносини та ефективно взаємодіяти з навколишнім соціальним світом. У даному випадку доцільно підкреслити важливу роль персонального компонента у структурі психологічного ресурсу подолання інвалідності, який виражається в індивідуально-психологічних можливостях, здатності та готовності людини з обмеженими можливостями бути суб'єктом продуктивного соціального функціонування. Іншими словами інвалід не повинен почуватися іграшкою в руках долі, у планах та проявах активності суспільства.

Таким чином, на етапі переживання психосоціальної травми в процесі соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій необхідно: визначити ступінь значущості соціуму у свідомості інваліда, провести психокорекційні заходи щодо її зниження, сформувати достатній ступінь життестійкості, впевненості та віри в себе, сили та гармонійності концепції, навчити копінг-стратегіям, що дозволяє як безболісно адаптуватися, не отримавши «травми соціумом», а й у разі несприятливих соціальних обставин вміти впоратися з ними.

Теоретичні дослідження та практичний та дослідницький досвід [23; 25; 30; 35 та ін.] свідчать про те, що ефективним засобом набуття інвалідами бойових дій впевненої та невимушеної поведінки в різних міжособистісних ситуаціях є соціально-психологічний тренінг, який по суті є первинним «тренувальним» соціумом, тимчасовим «оазою» зрозумілих, структурованих, підтримуючих відносин. Психологічними процесами, що дають його учасникам можливість пізнання своїх нових соціальних ролей, схем позитивної взаємодії, а також покращення своїх комунікативних здібностей можуть бути: конфронтація, самоконтроль, прийняття відповідальності, позитивна переоцінка, планове вирішення проблем, пошук соціальної підтримки.

Завершенням цього етапу буде прийняття установки «З цим я живу!».

Таким чином, у рамках особистісно-орієнтованого блоку соціально-психологічної реабілітації, досягнення цілей психологічної роботи особи з подолання інвалідності можливе при обов'язковій реалізації наступних процесів – *пережити* (психофізичні трансформації, викликані травмою), *прийняти* (змінений психофізичний стан як сьогодення), *повірити* (у здатність самовизначення свого майбутнього та реалізацію себе в ньому) (Табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

**Особистісно зорієнтований блок соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій**

Етапи подолання інвалідності	Психологічна триада переживання інвалідності	Психологічна робота особистості щодо подолання інвалідності		Ціль психологічної роботи особи з подолання інвалідності
		Запит встановлення	Напрямки реабілітаційних заходів	

1.	Переживання психофізичної травми <b>(больовий рівень)</b>	"Це я?" "Так це я" «З цим треба жити»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- психологічна робота з боєм;</li> <li>- усвідомлення тілесних відчуттів, що змінюються;</li> <li>- навчання прийомів саморегуляції та релаксації</li> <li>- опрацювання негативних станів, думок та почуттів</li> <li>- вибудовування нових життєвих смислів</li> </ul>	<b>Пережити</b>
2.	Переживання психічної травми <b>(Особистісний рівень)</b>	"Хто я?" «З цим можна жити»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гармонізація Я концепції</li> <li>- опрацювання особистісних проблем</li> <li>- робота із симптомами ПТСР</li> <li>- визначення можливих соціальних ролей               <ul style="list-style-type: none"> <li>- допомога у становленні особистісної ідентичності</li> </ul> </li> </ul>	<b>Прийняти</b>
3.	Переживання психосоціальної травми («Травми соціумом») <b>(Соціально-психологічний рівень)</b>	"Де я?" «З цим Я живу»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- допомога у становленні соціальної ідентичності</li> <li>- визначення значущості соціуму у свідомості інваліда</li> <li>- вироблення копінг-стратегій у важких життєвих ситуаціях</li> </ul>	<b>Повірити</b>

2. *Соціально зорієнтований блок* соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій є сукупність цілей, засобів, способів і стратегій взаємодії інвалідів бойових дій з різними видами соціумів (найближче соціальне оточення, ближнє соціальне оточення, далеке соціальне оточення), що сприяють їх соціально-психологічній реабілітації та.

*Найближче соціальне оточення* (сім'я, родичі, близькі люди тощо), яке найшвидше опиняється поряд з травмою, не завжди психологічно готове до



сприйняття всіх тих змін, які відбуваються в душі і тілі травмованого, а також не завжди реально представляє якої допомоги (крім очевидної) він потребує і «Як вони можуть допомогти?». Пояснюється це, насамперед тим, що найчастіше самі родичі виявляються психологічно травмованими через те, що сталося з їхньою рідною людиною (згідно з шкалою Холмса Т., Рейха Р., значна зміна у здоров'ї члена сім'ї є надзвичайно стресогенною подією для його родичів) і не здатними до глибокого розуміння всіх тих переживань, що у нього відбуваються.

Однак, без розуміння найближчим соціальним оточенням психологічного стану травмованого, який є наслідком психофізичних трансформацій, спричинених травмою, практично неможливо відповісти на поставлене вище питання та надати дієву допомогу потерпілому.

Для вирішення цієї проблеми, дослідники пропонують проведення своєрідного тренінгу «ресурсності середовища» з членами сімей та близькими інвалідів бойових дій, метою якого є вироблення «ресурсного» стилю поведінки у найближчого оточення, що «надає мотивуючий вплив і сприяє становленню та розвитку продуктивної системи відносин особистості інваліда» [51]. У тренінгу рекомендовано застосування прийомів «переконання на прикладах» та «зараження прикладом» людей (легендарних полководців, військовослужбовців, спортсменів, артистів тощо), які успішно подолали інвалідність. Таким чином, у рамках соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, найближчому соціальному оточенню, як первинному мікросоціуму, відводиться одна з головних ролей у наданні психологічної допомоги, оскільки контактуючи з постраждалими на ранніх етапах лікування, воно по суті вибудовує шлях його взаємодії з макросоціумом. Тому процес глибокого розуміння інваліда не тільки є метою соціально-психологічної роботи з боку соціуму, а й є первинною умовою для надання ефективної психореабілітаційної допомоги найближчим оточенням, що, у свою чергу, сприяє становленню особистісної ідентичності інваліда.

При цьому ефективними психологічними механізмами впливу на найближче соціальне оточення, а через нього і на інваліда, будуть процеси навчання (інформування про специфіку фізичних і психічних змін

травмованого), переконання та зараження (на прикладах людей, що успішно подолали інвалідність), розробка плану реальних дій, підтримка їх реалізації.

*Ближнє соціальне оточення* (лікарі, психологи, товариші по службі, командування тощо), яке як і найближче оточення (а іноді те, що його замінює), знаходиться в безпосередньому контакті з постраждалим, також має можливість надання йому психологічної допомоги. Однак, через певну психологічну дистанцію, не завжди уявляє як треба ставитися до травмованого, як з ним взаємодіяти і «Що можна зробити?» для успішного повернення до соціуму свого товариша по службі, колеги, знайомого. В даному випадку мовиться про надперсональний компонент психологічного ресурсу подолання інвалідності, що полягає у стенічному впливі громадської думки, настрою та традицій, що сформувалися по відношенню до інвалідів [48].

Таким чином, у рамках соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, соціально-психологічна робота з боку соціуму, в особі ближнього соціального оточення, має бути спрямована: на гармонізацію взаємовідносин з інвалідами, на допомогу у становленні їх нової соціальної ідентичності, на подолання соціальних стереотипів та стигм тощо.

Основними напрямками, що сприяють досягненню цілей соціально-психологічної роботи з боку соціуму, можуть бути: вибудовування конструктивних схем спілкування та взаємодії, допомога та підтримка у виборі нових соціальних ролей, аналіз прикладів компенсації та гіперкомпенсації інвалідності, що ламають існуючі стереотипи.

*Далеке соціальне оточення* (представники соціального захисту, громадських організацій, ЗМІ, незнайомі люди тощо) відрізняється від двох попередніх тим, що сприймає особистість інваліда не безпосередньо, а вже через обрану ним соціальну роль. І не завжди ця роль позитивна і приймається соціумом через стереотипи, забобони та установки щодо інвалідів. Виникає питання «Що ж ми маємо робити?», щоб підтримати інвалідів та змінити ставлення суспільства до них.

В даному випадку подолання стереотипів щодо інвалідів можливе через організацію їхнього інклюзивного навчання, яке дасть можливість суспільству не лише підтримати інвалідів, а й поступово звикнути до їх присутності інвалідів здорових людей, побачити їх у діяльності, взаємодіяти з ними, пізнавати їхній внутрішній світ та змінювати своє ставлення до них [53].

Таким чином, у рамках соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, соціально-психологічна робота з боку соціуму, а саме далекого соціального оточення, має полягати в наступному: необхідно використовувати серію телевізійних програм, відеофільмів, літературних видань, рекламних плакатів, які сприяють корекції суспільної свідомості та формування здорових соціальних стереотипів щодо даної проблематики. Необхідно відкривати шлях таким людям до органів державної влади, освіти, науки, мистецтва та інших сфер соціального життя.

Психологічними механізмами досягнення поставленої мети будуть: впровадження у суспільну свідомість встановлення рівноправності та рівних можливостей інвалідів, дестигматизація образу інваліда.

Таким чином, у рамках соціально зорієнтованого блоку соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, досягнення цілей соціально-психологічної роботи соціуму з подолання інвалідності можливе при обов'язковій реалізації наступних процесів – *зрозуміти* (перенесені фізичні страждання та психологічні переживання інвалідом, смисложиттєві орієнтації) суспільстві, реалізації себе, у подоланні стереотипного ставлення людей), *підтримати* (у прагненні до самостійного гідного життя, у бажанні допомагати іншим, залученні до суспільно-корисної діяльності, популяризації прикладів успішного подолання інвалідності як можливості «дестигматизації» та «деінвалідизації» суспільних стереотипів), *допомогти* (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

**Соціально зорієнтований блок соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій**

Типи соціального оточення	Зміст соціально-психологічної реабілітаційної роботи з боку соціуму		Мета соціально-Психологічної роботи з боку соціуму
	Питання допомоги соціуму	Шляхи реалізації соціально-психологічної допомоги соціумом	
Найближче соціальне оточення	"Як ми можемо допомогти?"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- психологічна підтримка та прийняття члена сім'ї з фізичними змінами та можливостями;</li> <li>- допомога у становленні особистісної ідентичності;</li> <li>- визначення ролі сім'ї як ресурсного середовища у формуванні незалежного способу життя</li> </ul>	Зрозуміти  Допомогти
Ближнє соціальне оточення	"Що ми можемо вдіяти?"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- подолання стереотипів та стигм</li> <li>- допомога у становленні соціальної ідентичності</li> </ul>	Підтримати
Дальнє соціальне оточення	"Що ми повинні робити?«	<ul style="list-style-type: none"> <li>- інклюзивне навчання - конструювання у масовій свідомості позитивного образу інваліда</li> </ul>	

Таким чином, проведений аналіз дає змогу запропонувати наступну *модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій*. Ядро цієї моделі складають два спрямовані назустріч один одному вектори психофізіологічних, психологічних і соціально-психологічних процесів з елімінації деструктивного образу інвалідності та особистісної та соціальної ідентичності інвалідів та з соціальних стереотипів про них: перший, що йде від самої особистості до

соціуму, другий – від соціуму до особистості. Точкою їх перетину буде досягнення цілей соціально-психологічної реабілітації: з боку особистості – це пережити стан інвалідності (больові відчуття, зміна фізичних функцій тощо), прийняти себе з усіма трансформаціями, що відбулися (фізичними і психічними), повірити в себе, в свої сили та свої можливості, що дозволить зайняти гідне місце у суспільстві та визначити своє майбутнє; з боку соціуму – зрозуміти пережите інвалідом бойових дій («психологічної тріади інвалідності»), прийняти як рівноправного, гідного поваги члена суспільства, без упереджень, стереотипів, стигм та дискримінації, підтримати у процесі адаптації до соціального середовища та інтеграції у суспільство (рис. 2.1).

## Особистісно зорієнтований блок

### Психологічна триада інвалідності

#### ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ БЛОК



---

**СОЦІУМЫ**

---

**СОЦІО-ОРІЄНТОВАНИЙ БЛОК****Мал. 2.1. Модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій**

У результаті теоретична модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій – це цілеспрямований структурований комплекс психореабілітаційних заходів, який включає два взаємопов'язані блоки соціально-психологічних реабілітаційних процесів (особистісно-орієнтованих та соціально зорієнтованих), що виявляються у феноменах шести кластерів. Особистісно-орієнтовані реабілітаційні процеси проявляються у кластерах – пережити, прийняти, повірити, соціо-орієнтовані реабілітаційні процеси – зрозуміти, допомогти, підтримати. Загальним правилом соціально-психологічної реабілітації є обов'язкова реалізація всіх перерахованих процесів (правило шести процесів).

Таким чином, на підставі вищесказаного, нами сформульовано визначення поняття соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій, як взаємоспрямованого особистісно-соціально зорієнтованого психологічного процесу гармонізації Я концепції особистості інваліда та розвитку його життєвої активності, а також формування ресурсних стилів поведінки та подолання деструктивних стереотипів з боку соціуму з метою становлення травмованого учасника бойових дій

**Висновки до розділу 2:**

1. Переживання інвалідності, будучи особливою діяльністю з переробки постраждалим свого стану як кризової ситуації, є чинником формування нової ідентичності людини. Ідентичність, що формується, маніфестується в чотирьох типах Я концепцій інвалідів бойових дій: «творчої», «руйнівною», "застрягаючої" і "споживчої".

2. Зважаючи на багатоаспектний характер бойової травми, при роботі з військовими інвалідами варто звертати увагу на багато різних чинників, одним з найважливіших серед яких є невідкладна і дієва підтримка з боку соціального оточення (членів сім'ї, командирів, товаришів по службі, співробітників, психологів військової частини місця постійної служби військовослужбовця) та індивідуально-психологічна допомога, яка полягає в гармонізації їх Я концепції та вдосконаленні копінг-стратегій особистості.

3. Теоретична модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій є цілеспрямованим структурованим комплексом психореабілітаційних заходів, що включає два взаємопов'язані блоки соціально-психологічних реабілітаційних процесів (особистісно зорієнтованих і соціально зорієнтованих), що проявляються в психологічних феноменах шести кластерів: пережити, прийняти, повірити, соціально зорієнтовані реабілітаційні процеси – зрозуміти, допомогти, підтримати.

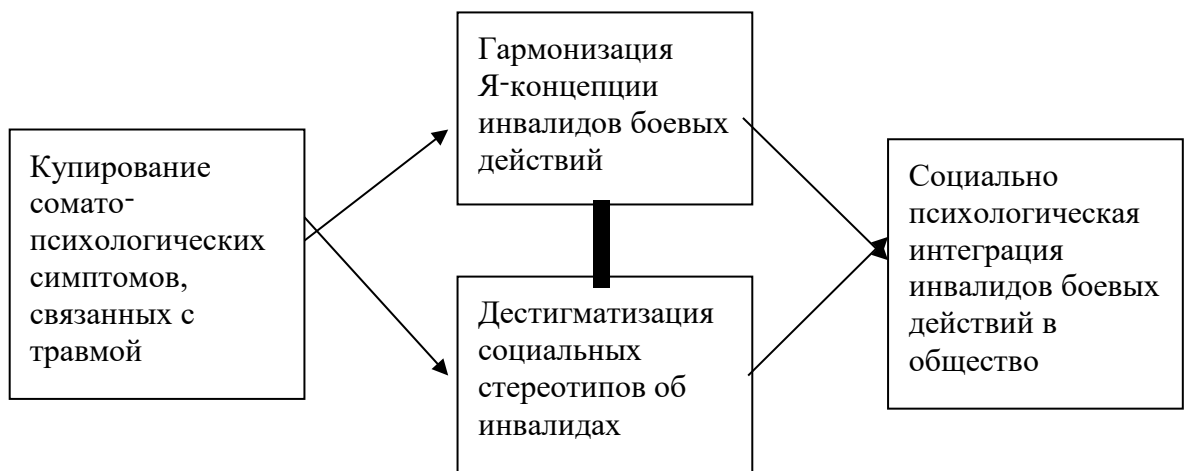
4. Відповідно до пропонованої моделі, соціально-психологічну реабілітацію інвалідів бойових дій можна трактувати як взаємоспрямований особистісно та соціально зорієнтований психологічний процес гармонізації Я-концепції особистості інваліда та розвитку його життєвої активності, а також формування ресурсних стилів поведінки та подолання деструктивних стереотипів з боку соціуму з метою становлення травмованого військовослужбовця.



## РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ БОЙОВИХ ДІЙ

### 3.1 Організація та зміст експериментального дослідження.

Ґрунтовний теоретичний аналіз, докладне вивчення практики надання медико-психологічної допомоги пораненим та досвіду психокорекційної роботи з інвалідами бойових дій показують, що психологічне допомога цієї категорії громадян має мати вигляд визначеного технологічного процесу (рис. 3.1.).



**Рис. 3.1. Схема соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій**

Логіка психореабілітаційної схеми, поданої на рис. 3.1 полягає в тому, що, перш ніж розпочинати процедуру гармонізації особистості інваліда бойових дій та здійснювати дестигматизацію соціальних стереотипів, що домінують у суспільній свідомості, необхідно усунути сомато-психологічні симптоми, пов'язані з травмою. До таких симптомів, насамперед, відносяться біль та гіпермобілізацію, без усунення яких вкрай складно вирішувати завдання не лише гармонізації особистості, а й здійснювати корекцію суспільної свідомості. Поки що інваліди відчуватимуть біль, проявлятимуть підвищену напруженість, збудженість, дратівливість, їхній образ у суспільній свідомості не буде позитивним чи нейтральним.

Наше дослідження проходило на базі центру надання медико-психолого-педагогічної допомоги КНП "Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні", у якому проходять реабілітацію військові з різними видами фізичних та психоемоційних травм, в тому числі й ті, хто має статус інваліда бойових дій. Фахівці, які працюють з такою категорією клієнтів, використовують системні заходи щодо їх соціально-психологічної реабілітації, які **включають три взаємопов'язаних блоки.**

**1. Блок корекції больових відчуттів, який передбачає наступні етапи:**

1) аналіз природи больових відчуттів (фізіологічні чи фантомно-больовим синдромом (ФБС), що здійснюється за допомогою методу аналізу індивідуальних випадків та методики «Малюнок болю»;

2) корекція больових відчуттів:

- видалення інформації про біль із ясної свідомості (методика «Видихання болю»);

- позбавлення болю статусу домінуючого об'єкта свідомості (методики "Перевантаження", "Контекст");

- зміна образу болю ( методики «Малюнок болю», «Образ болю»);

- зміна психічної напруженості (прийоми саморегуляції, методики «Заспокійливе дихання», «Релаксація», "Міміка гарного настрою").

**2. Блок корекції дезорганізації Я-концепції.** Його етапи та змістове наповнення представлене у таблиці 3.2.

**Таблиця 3.2.**

**Блок корекції дезорганізації Я-концепції**

<b>Одиниця аналізу</b>	<b>Методики діагностики дезорганізації Я-концепції</b>	<b>Методи та прийоми психокорекції дезорганізованою Я-концепції</b>

Фактори дезорганізації Я концепції: Темпоральний модус (тимчасова спрямованість)	"Лінія життя"	Психотехнічні вправи: "Рефлексія "лінії життя", "Порівняння життєвих ліній", "Погляд у майбутнє"
Рівень суб'єктивного контролю (каузальність)	«Рівень суб'єктивного контролю» (Дж. Роттер)	Рольова гра «Сон у літню ніч», рольова гра «Мене змусили»
Конфліктність Я образів	Особистісний диференціал, Хто я? (Тест 20 висловлювань), «Візитка», «Чекаю на підтримку», «Мої комунікативні якості»	Психотехнічні вправи: «Візитка», «Чекаю на підтримку», «Мої комунікативні якості», рольова гра "Вавилонський базар".
Активність Я концепції	«Ситуації із життя людини з обмеженими можливостями»	Психотехнічна вправа «Переконання на прикладах», «Валіза в дорогу»
Стратегії подолання важких ситуацій	опитувальник Р. Лазаруса «Способи власної поведінки»	Психотехнічна вправа «Переконання на прикладах», "Зараження прикладом", "Порівняння ліній життя", "Мене змусили", "Мобілізує дихання", "Релаксація", "Заспокійливе дихання", «Вавилонський базар»
Оцінка маскулінності	методика С. Бем «Маскулінність – фемінінність»	

**3. Блок корекції соціальних стереотипів (проводиться з членами сімей інвалідів бойових дій):**

1) корекція сприйняття особистісних якостей інвалідів бойових дій (методика «Особистісний диференціал», просвітницькі лекції);

2) емоційна насиченість образів, соціальна дистанція по відношенню до інвалідів бойових дій (рольова гра "Ситуації з життя людини з обмеженими можливостями").

Відповідно до методичного задуму, ми провели низку емпіричних дослідницьких процедур, націлених на виявлення можливостей усунення больових відчуттів, негативних емоційних переживань та гіпермобілізації методами психічної саморегуляції та створенням «антибольового» фону. У зв'язку зі специфікою проблематики, значна частина дослідження передбачала аналіз матеріалів, які були надані фахівцями-психологами та спостереженням за роботою спеціально організованих тренінгових груп.

### **3.2 Аналіз емпіричних даних**

При аналізі першого блоку психореабілітаційного процесу, який передбачає *аналіз та корекцію психосоматичних реакцій*, які спостерігаються в інвалідів бойових дій в наслідок поранень та ампутацій, нами було, насамперед, проведене теоретичне дослідження природи болю та його різновидів [65; 67]. Так, за свідченням практиків, які працюють з даною проблематикою та спостерігають її у військовослужбовців, спортсменів, дітей все більше сходяться на думці, що біль значною мірою має соціальний характер [38]. Вони зазначають, що у межах, наприклад, різних ролей, які спортсмени виконують у межах того чи іншого виду занять, вони по-різному відчували біль. Так, отримавши незначний поштовх на футбольному полі та впавши на м'який газон, футболіст демонструє найяскравішу зовнішню картину болю (мімічну, рухову, мовленнєву). У футбольній спільноті так прийнято реагувати на біль, яка так чи інакше веде до вторинної вигоди (штрафний удар, уникнення покарання за порушення правил тощо). Відтак у спортсмена формується відповідна установка на біль та стиль реагування на неї. При цьому найчастіше футболісти зазнають справжнього болю. У хокеї відбувається прямо протилежна ситуація. Спортсмен частіше зазнає сильних больових впливів, але в цьому виді спорту не прийнято це демонструвати. Тому можна рідко зустріти хокеїста, який у фарбах розповідає про больове відчуття травми. Ще більше табу на переживання болю накладається у бойових єдиноборствах (бокс, самбо, карате та інших.).

При аналізі больових відчуттів інвалідів бойових дій, які брали участь у нашому експерименті також було виявлено певні соціальні «каталізатори» та «інгібітори» болю. Так, з'ясовано, що найближче соціальне оточення, проявляючи жалість або піклування про близьку людину, може посилювати або знижувати больові відчуття [48].

Біль, як відомо, неминучий, явно виражений та надзвичайно важливий елемент переживання бойової травми та подальшої інвалідизації. Больові відчуття тією чи іншою мірою відчують практично всі соматично та психічно здорові учасники бойових дій, що зазнали поранень чи травмування. Саме через призму больових відчуттів постраждали часто сприймають і оцінюють масштаби несприятливих наслідків, що настали. Біль суттєво драматизує переживання інваліда, породжує занепокоєння, тривогу, схильність до деморалізуючих чуток, страхів, впливає на формування його Я-концепції, створює бар'єри у соціальному функціонуванні, сприяє соціальній дезадаптації та дезінтеграції. Відомо, що різні типи болю мають різний вплив на психічний стан і поведінку людей і вимагають особливих підходів до їх усунення та подолання.

Про наявність певної змінної між больовим стимулом і переживанням говорять різні традиції та практики зниження больових відчуттів (ініціація юнаків у різних культурах) та досягнення насолоди шляхом впливу на больові рецептори (мазохізм, самокатування на релігійному ґрунті, самоушкодження без клінічних причин, самобичування) та ін.). Причому всі ці практики також є підтвердженням існування соціальних змінних між больовим стимулом та больовою реакцією. Практично немає таких практик, реалізованих без соціальної аудиторії.

У руслі наших міркувань важливою є фіксація тієї обставини, що больове відчуття може виникати в результаті спогадів про травму або уявлень про можливу больову дію. Ось який живий опис дає із цього приводу один із учасників бойових дій. *«Крім страху смерті в бою є ще страх поранення. Варто прислухатись у бою до куль – і вже закрався страх. Вже проводиш кожен кулю тривожною думкою: «Це в живіт... Це в ногу... Ой, як буде боляче...»* [35].

Ці факти підтверджують, що біль безпосередньо не пов'язана з впливом ушкоджуючого стимулу на больові рецептори, з дією гормональної системи і проявляється лише тоді, коли інформація про пошкодження та небезпеку для життя усвідомлюється потерпілим і коли потерпілий «знає», що біль «припустимо» переживати.

З перерахованих вище положень можна зробити такі висновки:

1) вплив патогенного стимулу на больові рецептори не є обов'язковою умовою виникнення больового відчуття;

2) больове відчуття виникає у відповідь на усвідомлення людиною загрози ушкодження організму. Тобто найважливішою складовою болю, поряд із сенсорним та емоційним, є її когнітивна сторона - когнітивний (інформаційний) компонент;

3) сила больового відчуття залежить від прийнятої культури ставлення до болю у найближчого соціального оточення та стилю його ставлення до інваліда бойових дій.

Це дає змогу визначити біль як болісне переживання людиною інформації про різко виражене реальне або можливе (у минулому чи майбутньому) організмичне або особистісне неблагополуччя, опосередковане соціальним контекстом (реальним чи номінальним).

Важливість соціально-когнітивної складової болю опосередковано доводиться, по-перше, суттєвими культурологічними змінними (етнокультурний образ болю та стиль ставлення до болю та переживання болю) та, по-друге, численними практиками немедикаментозного знеболювання, що існують у різних психологічних традиціях. У цих практиках для усунення больового відчуття використовуються методики зміни образу болю, витіснення образу болю на периферію свідомості тощо [33].

Аналіз інформації, яку ми отримали від фахівців, котрі працюють з інвалідами бойових дій (малюнків та відеозаписів їх обговорення) уможливив формулювання наступних висновків.

По-перше, біль є значним компонентом переживання інвалідності. 100% учасників заявили про те, що відчували виражені болючі відчуття протягом тривалого часу після отриманої травми. За тривалістю переживання ці болі можна розділити на *гострі* та *хронічні*. Перші переживаються постраждалими як короткочасне відчуття болю. Другі – больові відчуття, що проявляється протягом трьох і більше місяців. Значна частина інвалідів бойових дій продовжує періодично відчувати біль, пов'язаний з травмою через 15 і більше років після поранення.

По-друге, больові відчуття інвалідів мають різну природу:

а) реальні (фізичні), що викликаються патогенним процесом (травмуванням, запаленням тощо);

б) фантомні, що породжуються специфікою роботи фізіологічного апарату, який обслуговував ампутовану кінцівку;

в) психогенні, викликані дією психоемоційних та соціальних особистісно значущих чинників (спогадами чи уявленнями про неблагополуччя в організмі та соціальне функціонування особистості).

На наявність фантомного болю вказали близько 60% обстежуваних, з ампутаціями кінцівок, а на переживання психогенних болів – близько 20

По-третє, больові відчуття в інвалідів бойових дій маніфестуються в різноманітних формах і можуть бути класифіковані за такими підставами: характером больового відчуття, «динамічність-стабільність», за часом і за джерелом прояву больового відчуття.

По-четверте, для усунення больових відчуттів обстежувані інваліди бойових дій використовували виключно медикаментозні засоби, ефект від застосування яких оцінюється ними як короткочасний. Близько 70% їх вказують на те, що у них виникає звикання до конкретного типу знеболювальних засобів, і вони змушені вести постійний пошук найбільш дієвих препаратів.

По-п'яте, більшість учасників опитування заявили про те, що «біль відчувається по-різному в присутності різних людей» і на неї впливають «жаліючий» і «підтримуючий» стилі реагування оточуючих.

З огляду на цю обставину в ході реабілітаційного тренінгу інваліди бойових дій навчаються методам немедикаментозного знеболювання. В основу підбору методів знеболювання було покладено інформаційне уявлення про біль. Відповідно до нього больові відчуття можна усунути трьома основними шляхами:

- видалення інформації про біль із ясної свідомості;
- позбавлення болю статусу домінуючого об'єкта свідомості;
- зміни образу болю.

Наведені вище прийоми вивчалися в ході реабілітаційного тренінгу протягом 6 годин (6 днів по 1 годині). Кожен учасник тренінгу міг вибрати метод, який більшою мірою відповідає характеру випробуваних ним больових відчуттів та їх особистісними особливостями. Цей метод рекомендувався для використання у разі виникнення болю протягом часу проведення тренінгу.

Ефективність рекомендованих прийомів оцінювалася методом самозвіту інвалідів з використанням 5-бальної шкали («абсолютно усуває біль» (5 балів), «усуває біль значною мірою» (4), «усуває біль, але не значною мірою» (3 бали), "Швидше усуває біль, ніж ні" (2) бала), "не впливає на больове відчуття" (1 бал)). Отримані результати засвідчили, що всі використані прийоми психологічного знеболювання чинять певний вплив на переживання болю. При цьому найбільшу ефективність показали прийоми «Знеболювальне дихання (4,8 бала) та «Образ болю» (4, 2 бали). Очевидно, це пов'язано з тим, що вони більш структуровані, деталізовані, у яких використовуються яскравіші образи. Все це дає змогу краще відвернути увагу від больового відчуття та активніше задіяти механізм плацебо.

Для усунення больових відчуття у осіб з фантомно-больовим синдромом (ФБС) після ампутації був виконаний комплекс тренінгових процедур. На першому етапі всі учасники тренінгу знайомилися з функціями больових відчуттів та малювали образ болю, який їх періодично відвідує.

Потім, відповідно до болю з учасниками з ФБС були вивчені та відпрацьовані прийоми її купірування (методики «Малюнок болю», «Видихання болю», «Образ болю», «Контекст», «Перевантаження»).



Для цього в структуру кожного дня занять у процесі соціально-психологічного тренінгу було вбудовано «психогігієнічний» блок, націлений на навчання способів оволодіння собою, у тому числі і своїм болем. В результаті до кінця процесу реабілітації у 75% учасників зберігається стійке знеболювання.

За свідченням інвалідів бойових дій, що брали участь у тренінгу, прийоми психологічного знеболювання більш ефективні для усунення колючих, ріжучих, давлячих, стискаючих, що охоплюють, розсіяних, болю, що розпирають і роздирають. Меншою ефективністю вони мають відносно ниючі і тягнучі болі. Нарешті, вони мають слабкий вплив на пульсуючий і прострілюючий біль.

У ході виконання вказаних вправ було відстежено загальну динаміку больових відчуттів. Вона знизилася за рахунок формування в тренінгових групах громадської думки про соціальну природу болю та підтримуючого стилю взаємодії.

Наступним кроком нашого експериментального дослідження став аналіз блоку, спрямованого на *цілеспрямовану гармонізацію неузгодженої внаслідок бойової травми Я-концепції інвалідів бойових дій* та забезпечення його розуміння та прийняття позиції щодо того, що «з цим треба жити», «з цим можна жити», «з цим я живу». Для цього ми використовували матеріали, отримані за допомогою низки психодіагностичних методик, які були застосовані до учасників програми спеціально розробленого соціально-психологічного тренінгу (для дослідження темпорального модусу (тимчасової спрямованості) – методика "Лінія життя"; рівня суб'єктивного контролю (каузальності) – тест «Рівень суб'єктивного контролю», конфліктності Я-образів – методика собистісний диференціал, Хто я? (Тест 20 висловлювань), «Візитка», «Чекаю на підтримку», «Мої комунікативні здібності», «Вавилонський базар»; активності Я-концепції – методика «Ситуації з життя людини з обмеженими можливостями».

Крім цього для оцінки стратегій подолання важких ситуацій використовувався копінг-тест Р. Лазаруса а для оцінки маскулінності – методика С. Бем «Маскулінність – фемінінність» [37].

Створена таким чином батарея діагностичних засобів дозволяла здійснити багатовимірний комплексний аналіз Я-концепцій інвалідів бойових дій.

*Програма тренінгу* націлювалася на трансформацію «Руйнівного», «Споживчого» та «Застрагуючого» типів Я концепції в тип, що володіє характеристиками «Творчого» та передбачала послідовну реалізацію цільових установок тренінгу на кожному занятті зі збереженням повсякденної, наскрізної орієнтації на забезпечення поглибленого самопізнання учасників, переформування їх когнітивного простору, відчуття цінності власної особистості, оволодіння владою над закріпленими в особистісних структурах та поведінці можливостях (табл. 3.2.).

**Таблиця 3.2**

**Технології психологічної корекції дезорганізованих Я-концепції**

№ п/п	Чинники дезорганізації Я-концепції		Методики психокорекції
1	Основні	Темпоральний модус (тимчасова спрямованість)	Психотехнічні вправи: «Рефлексія «лінії життя», «Порівняння життєвих ліній», "Погляд у майбутнє"
2		Рівень суб'єктивного контролю (каузальність)	Рольова гра «Сон у літню ніч», рольова гра «Мене змусили»
3	Допоміжні	Конфліктність Я-образів	Психотехнічні вправи: «Візитівка», «Чекаю підтримки», «Мої комунікативні якості», рольова гра «Вавилонський базар». Прийоми усунення болю
4		Активність Я-концепції	Психотехнічна вправа «Переконання на прикладах», «Валіза в дорогу»

Отримані результати засвідчили динамічні якісні та кількісні зміни контрольованих показників: у більшій половині учасників (80%) відновилися

функції Я-реального, Я ідеального, Я-тілесного та істотно змінилося ставлення себе. Отож, можна засвідчити ефективність пропонованого тренінгу, який дає можливість учасникам глибше пізнати свої психологічні та особистісні особливості, скоригувати когнітивну модель життєдіяльності, відновити відчуття цінності власної особистості, зміцнити впевненість у своїх силах, знизити почуття ізольованості, психологічного дискомфорту, сформувати вміння та навички ефективної взаємодії, навчити учасників прийомів психіки . своїх психологічних можливостей в інтересах зниження тривожності та відновлення почуття особистісної цілісності та контролю над подіями та ефективного спілкування, вирішити особистісні проблеми учасників. Але головне, він здатний долати дезорганізацію Я-концепції особистості шляхом відновлення цілісності її темпорального модусу, внутрішньої структури та функцій.

Заключний блок цілісної програми соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій полягав у реалізації ідеї **дестигматизація соціальних стереотипів** щодо них за допомогою використання описаних вище механізмів міжгрупового сприйняття (категоризація, ідентифікація, соціальне порівняння, диференціація та дискримінація) та ініціації соціально зорієнтованих реабілітаційних процесів постраждалих. Цей етап передбачав роботу з найближчим соціальним оточенням учасників (дружинами, батьками учасників).

Спочатку учасникам пропонувалося скласти своєрідний психологічний портрет інваліда. Для цього їм пропонувався список індивідуально-типологічних якостей, які умовно були розділені на «позитивні» та «негативні» та п'ятибальну шкалу їхньої оцінки: «явно позитивний» (5 балів), «скоріше позитивний» (3 бали), «нейтральний» (0 балів), «швидше негативний» (-3 бали), «явно негативний» (-5 балів).

Результати проведеного аналізу дозволяють констатувати, що в досліджуваному вигляді неофіційної суспільної свідомості інвалід постає як «швидше розумний», «нейтральний в емоційному відношенні», «швидше сильний», «швидше активний», «швидше самостійний», «швидше відкритий», «нейтральний щодо дистанції». З інтегральної характеристики інваліда видно,

що його образ у неофіційній свідомості явно позитивний. Нейтральність в оцінці дистанції можна пояснити тим, що досі інваліди вкрай рідко з'являлися на вулицях наших міст, у навчальних закладах, магазинах та інших громадських місцях.

Такі дані дещо відрізняються від т.з. «офіційної свідомості», в якій відбувається явище, яке можна визначити як «концентрація соціальної якості». Така концентрація відбувається з різних причин (для того, щоб виділити «своїх» та «чужих», «гідних» та «не гідних», «таких» і «не таких» тощо. Так, прагнучи виділити категорію «інвалід», для наділення цієї групи певними пільгами (спеціальні стоянки для автомобілів, ліфти в метро, спеціальні кімнати в супермаркетах та інших громадських місцях тощо), різні соціальні структури акцентують таку відмінність інвалідів від інших людей, як обмежені можливості. того, щоб громадяни розуміли, що інваліди «мають на це право». В результаті відбувається накопичення в їх соціальному образі саме тих характеристик, які значуще відрізняють його від решти соціуму. Зважаючи на те, що ця відмінність соціально низькостатусна, то це створює передумови для перетворення його у стигму.

Таким чином, можна констатувати, що прагнення виділити соціальну групу у соціумі веде до концентрації її відмінностей від інших груп та сприяє стигматизації виділеної якості. Це підтверджується низкою досліджень, які були проведені в період 2010-2013 років [30]. Так, вивчаючи ставлення соціуму до інвалідів за допомогою методики «Синонімічний ряд», було встановлено, що близько 85% синонімів, пов'язаних із образом інвалідів у різних груп населення мають переважно негативний характер. Серед «епітетів», які присвоюються інвалідам багато хто може бути кваліфікований як стигма в чистому вигляді: «бідний», «скалічений», «неповноцінний», "хворий", "загублений", "нездатний", "самотній" тощо.

Отримані результати показують, що офіційна суспільна свідомість уражена стигмою. Воно штучно більш радикально поділяє групи неінвалідів та інвалідів,

наділять останніх особистісними якостями, запозиченими із стигматизованого образу «інвалід», що має мало спільного із реальними рисами таких людей.

Це ще раз гостро порушує питання необхідності дестигматизації офіційних соціальних стереотипів про інвалідів.

Однак у результатах дослідження, проведеного після 2014 року, переважають нейтральні та позитивні стереотипи [25]. На нашу думку, це пов'язано з низкою факторів:

1. Зміни соціальної політики держави, яка спрямована на створення безбар'єрного середовища, архітектури та транспорту: ліфти для інвалідів у будівлях та метро; пандуси на спусках та підйомах, у громадському транспорті; поява соціального таксі; створення стоянок для автомобілів; передбачення місць громадського користування тощо

2. Поява інформації про інвалідів у ЗМІ: спеціальні телепередачі про людей з обмеженими можливостями та їх участь у них не лише у якості учасників, а й ведучих; поява великої кількості інтернет-сайтів організацій, які створили майданчик для повсякденного спілкування, вираження потреб та запитів.

3. Зміна освітньої політики щодо інвалідів, виділення у законах спеціальних положень, що стосуються осіб з обмеженими можливостями.

І найголовніше, з початком військових дій на сході країни і особливо за час ведення повномасштабної війни з Росією кардинально змінився сам образ як військового так і постраждалого, який в очах суспільства набув образу героя та захисника.

Незважаючи на досягнутий прогрес, нині ще залишається багато незавершених аспектів, які стосуються продовження цілеспрямованого формування у суспільній свідомості позитивних стереотипів щодо інвалідів загалом та учасників бойових дій зокрема. Для цього можна використовувати технології, що знайшли визнання у системі інформаційно-психологічного протиборства. Безумовно, їх застосування на користь соціально-психологічної реабілітації інвалідів потребує чіткого дотримання етичних норм і тоншого моніторингу за процесом їх практичного використання.

Технологія «*Страдалець*» полягає у формуванні в суспільній свідомості міцних асоціативних зв'язків між чином будь-якого соціального суб'єкта (особистості, групи) та значущими для аудиторії матеріальними чи духовними об'єктами. Так, якщо необхідно підняти соціальний статус людини, то в інформації, що повідомляється, вона представляється як особа, яка постраждала від несправедливості (ворогів, бюрократів) за народ, справедливість, честь тощо.

Технологія «*Санта-Клаус*» виявляє ті сторони та властивості об'єкта, про які аудиторія бажає мати уявлення (тобто по суті визначити соціальне замовлення), та в залежності від мети впливу, формує емоційно позитивно насичену інформацію про нього. Так, якщо в масах особливо цінуються такі якості людини, як порядність, воля, здатність неухильно досягати мети, то в інформації про інвалідів вони мають бути наділені саме цими якостями.

У технології "*Перенесення*" використовується ефект "відблиск зірки". Якщо необхідно підняти престиж соціального суб'єкта, то в інформації він, його дії, що належать йому об'єкти так чи інакше асоціативно поєднуються (у просторі, за часом, логіці розвитку подій тощо) з якостями, властивостями, об'єктами безумовно авторитетних осіб.

Технологія «*Світу*» полягає в тому, що в одну команду з суб'єктом включаються такі люди, які сприймаються як експерти, професіонали.

Перед початком тренінгу членів сімей інвалідів бойових дій було опитано за допомогою методики «*Ситуації з життя людини з обмеженими можливостями*» [33]. Методика належить до групи проєктивних малюнків, створених типу малюнкового тесту Розенцвейга. Вона є оформленими в малюнках дев'ять типових життєво важливих для інвалідів війни ситуацій.

Методика створена на базі опитування інвалідів бойових дій, експертів – психологів та медичних працівників, які беруть участь у реабілітації інвалідів бойових дій. В результаті аналізу та кластування їх відповідей, було виділено 6 блоків відповідей, що відображають типові найбільш емоційно насичені, змістовні ситуації з життя осіб, які отримали бойову травму. До них належать такі типові ситуації:

1. Ситуації, що зачіпають ідентичність ветерана у сфері сімейних відносин, у яких він виступає як чоловік, батько, глава сім'ї.
2. Ситуації, що підкреслюють стан здоров'я та обмеженість, фізичну неповноцінність інваліда.
3. Ситуації, що акцентують зниження можливостей інваліда у соціальній сфері, праці та сфері досягнень матеріального благополуччя.
4. Ситуації, що відбивають труднощі у прояві почуттів, відносин любові, у контактах із протилежною статтю.
5. Ситуації, що характеризуються неясністю власного поточного становища, стану тощо.
6. Ситуації нерозуміння з боку оточуючих, ототожнення інвалідів із соціальними утриманцями.

З отриманих блоків було сформовано 9 малюнкових завдань, що зображають інваліда у візку в емоційно насичених ситуаціях взаємодії із соціальним оточенням (дружиною, дитиною, сусідами, автовласником, робітниками, спортсменом, коханою, пасажиром у метро, лікарем). Завдання не формалізовані. Варіанти думок та слів дійових осіб не прописані, що надає широку свободу вибору типів реагування. На малюнках названо всіх дійових осіб, крім самого інваліда. Вважається, що сам факт присвоєння інваліду будь-якої назви є досить сильним виразом оцінного ставлення до нього. Для максимальної драматизації образу інваліда він представлений людиною, здатною переміщатися тільки в інвалідному візку або на милицях, що може мати на увазі найширший спектр видів травматизації.

Дана методика застосовувалася до і після проведення тренінгу. Порівняння та якісний аналіз результатів першого та другого опитувань показує суттєве зрушення в оцінках інвалідів членами їхніх сімей. Якщо в результатах першого опитування інвалід частіше позначається як «інвалід», «хворий», «скалічений», «нездібна людина», «самотня людина», то в другому опитуванні переважають терміни «людина», «інвалід», «хлопець», «чоловік», «молодий чоловік». Тобто у другому випадку інвалід сприймається як звичайна людина, що є основою для

реалізації стратегії поведінки. У свідомості найближчого оточення інвалідів виникають питання «Як ми можемо допомогти?», «Що ми можемо зробити?», «Що ми маємо робити?», які сприяють формуванню відповідних стратегій відносин та поведінки.

### **Висновки до розділу 3.**

Результати проведеного експериментального дослідження уможливають констатацію наступних фактів:

1. Образ інвалідів, який домінує у суспільній свідомості (тиражується ЗМІ), досить швидко засвоюється членами суспільства. Якщо соціальні стереотипи не виділяють таких осіб в окрему групу, що має якісь негативні характеристики, то і у суспільній свідомості не відбувається їх різкої категоризації та поділу на групи «інвалідів» і «неінвалідів». Якщо ж у соціальних стереотипах міститься позитивний образ людей з обмеженими можливостями – виникає ефект дифузної ідентичності, ідентифікації людиною себе з кількома групами чи однією «надгрупою». У результаті члени товариства не лише позитивно оцінюють інвалідів, а й поєднують себе з ними в єдину групу «Ми».

2. Домінуючий у суспільстві образ інваліда поширюється сприйняття особистісних якостей інвалідів бойових дій. У результаті вони видаються впевненішими, енергійнішими, сильнішими. Тісні безпосередні контакти з інвалідами сприяють чіткішому баченню в них таких особистісних якостей, як відкритість, балакучість, самостійність.

3. Відтак у системі соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій важливе місце має посідати політика цілеспрямованого створення позитивного образу таких осіб. Але це не означає потреби постійного тиражування штучно прикрашеного образу людини з обмеженими можливостями. Навпаки, необхідно здійснювати стосовно них підтримуючі стилі відносин, які їх реалізовувати у своєму повсякденному житті конструктивну стратегію.



4. Сформовані у суспільній свідомості стратегії ставлення до інвалідів бойових дій мають породжувати у громадян питання «Як ми можемо допомогти?», «Що ми можемо зробити?», «Що ми маємо робити?», що мають на меті не лише цілеспрямоване формування позитивного образу, а й створювати умови для яскравішого показу їх реальних та потенційних можливостей як соціальних суб'єктів.

5. Відтак, при здійсненні соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій необхідно мінімізувати явний вираз жалості («принцип інкапсуляції жалості»), що породжують стратегії поведінки на кшталт «ефекту інвалідів третьої групи», «ефекту очікування», «ефекту невизнання».

## ВИСНОВОК

Результати проведеного теоретичного аналізу та експериментального дослідження дають змогу констатувати наступне.

Інвалідність є багатовимірним, надзвичайно складним психологічним, соціальним, правовим явищем. Наслідки бойової травматизації неможливо осмислити, розглядаючи їх фрагментарно та ситуативно. Інвалідність може бути зрозуміла і всебічно розглянута лише у руслі міждисциплінарного підходу. У виділених нами медичному, юридичному (правовому), соціологічному (соціальному), педагогічному та психологічному підходах містяться цікаві, теоретично та практично важливі положення, що становлять своєрідні «цеглинки», необхідні для розробки цілісної соціально-психологічної моделі інвалідизації.

Серед теоретико-методологічних передумов розробки соціально-психологічного підходу до реабілітації інвалідів бойових дій, особливо цінними є: виділення моделей інвалідності, що розглядають останню як результат внутрішньої роботи особистості і як наслідки спеціальної роботи суспільної свідомості; положення, що розкривають специфічні ефекти, що характеризують

суперечливість та складність розвитку нової ідентичності військовослужбовця, який зазнав бойової травматизації; «об'ємне» бачення інвалідності, що виявляється одночасно у трьох взаємопов'язаних площинах: «інвалідність як неповноцінність» - це фізична складова інвалідності (дефект, відхилення, обмежені функції), «інвалідність як стигма» - соціальна складова інвалідності (суспільство, його встановлення, упередження, щодо інвалідів, взаємини, соціальна ідентичність), «інвалідність як стиль життя» - особистісна складова інвалідності (самовизначення, різноманітність людської тілесності, культурний феномен). У всіх цих площинах є важливі аспекти інвалідизації, релевантні для психологічного розуміння інвалідності.

Результати дослідження показали, що інвалідність є глибокою психологічною кризою постраждалого, що проявляється в осмисленні та переживанні соціальних стереотипів про інвалідів, засвоєнні соціальної стигми, дисгармонізації його Я-концепції та порушенні особистісної та соціальної ідентичності. Дисгармонізація Я-концепції особистості йде лініями неузгодженості її основних модальностей, розриву тимчасової протяжності особистісної історії, посилення екстернальних тенденцій, деактивації Я-концепції, зниження ефективності копінг-стратегій особистості.

Процес інвалідизації учасника бойових дій посилюється специфікою соціальної ситуації отримання травми, що чинить істотний вплив на формування внутрішньої картини інвалідності та типу Я-концепції. У просторі подій інвалідизації особистості військовослужбовця стикаються складні, суперечливі, дезорганізуючі самосприйняття і ставлення до навколишнього світу процеси та явища.

Інвалідність як констатація суспільством нового соціального статусу осіб, які отримали бойові травми, і як характеристика їх нової соціальної ідентичності формується в процесі взаємодії постраждалих із соціумом та засвоєння за допомогою механізмів соціальної категоризації, ідентифікації, диференціації,

соціального порівняння та дискримінації стигматизованих соціальних уявлень (стереотипів) про інвалідів.

Соціальна стигма засвоюється особами з розбалансованою Я-концепцією, у структурному, темпоральному, каузальному та динамічному відношенні, що мають неефективні копінг-стратегії, що сприяє формуванню у них стигматизованої («інвалідизованої») ідентичності, що ускладнює їх інтеграцію в соціум та ефективне соціальне функціонування.

Здійснення повноцінної реабілітації інвалідів бойових дій неможливе без попередньої розробки багатовимірної соціально-психологічної моделі інвалідизації, що інтегрує індивідуально-психологічні, особистісні та соціальні процеси та явища психологічних наслідків бойової травматизації.

Переживання інвалідності, будучи особливою діяльністю з переробки постраждалим свого стану як кризової ситуації, є чинником формування нової ідентичності людини, яка проявляється в чотирьох типах Я-концепцій: «творчої», «руйнівній», «застряглі» та «споживчої». Ці типи відрізняються один від одного ступенем узгодженості-неузгодженості Я образів, цілісності протяжності історичного часу особистості, локалізацією суб'єктивного контролю, активізуючим потенціалом Я концепції, використовуваними стратегіями подолання кризової ситуації.

Таким чином, формування інвалідної ідентичності відбувається лише в тому випадку, коли у суспільній свідомості існує розподіл людей на інвалідів та неінвалідів і людина причисляла себе до однієї з груп. У дослідженні було встановлено, що, з одного боку, у військовослужбовців з «Творчою» Я-концепцією, які отримали бойову травму, не формувалася інвалідизована ідентичність, а, з іншого боку, така ідентичність не розвивалася в осіб, стосовно яких з боку соціального оточення здійснювалася підтримуюча стратегія. Розроблені положення системного бачення психологічних наслідків інвалідизації стали основою теоретичної моделі допомоги інвалідам бойових дій.

Теоретична модель соціально-психологічної реабілітації інвалідів бойових дій є цілеспрямованим структурованим комплексом психореабілітаційних заходів, що включає два взаємопов'язані блоки соціально-психологічних реабілітаційних процесів (особистісно-орієнтованих і соціоорієнтованих), що проявляються в психологічних феноменах шести кластерів. Особистісно-орієнтовані реабілітаційні процеси проявляються у кластерах – пережити, прийняти, повірити, соціально зорієнтовані реабілітаційні процеси – зрозуміти, допомогти, підтримати. Загальним правилом соціально-психологічної реабілітації є обов'язкова реалізація всіх перелічених процесів (правило шести процесів).

Виходячи з аналізованої психологічної моделі інвалідизації, соціально-психологічна реабілітація інвалідів бойових дій має здійснюватися за двома взаємопов'язаними напрямками: 1) гармонізація Я-концепції інвалідів бойових дій; 2) дестигматизація соціальних стереотипів про інвалідів.

Індивідуально-психологічне допомога інвалідам бойових дій полягає в гармонізації Я-концепції та вдосконаленні копінг-стратегій особистості.

У соціально-психологічній реабілітації важливими моментами є: виділення тимчасового та постійного соціального середовища та сегментування їх на найближче, ближнє та дальнє соціальне оточення; врахування залежності відношення соціуму до інвалідів бойових дій від змісту образу війни, що складається в суспільній свідомості, в якій вони брали участь; розуміння функціональних відмінностей ресурсної та антиресурсної поведінки соціального оточення щодо інвалідів бойових дій; визнання ефективності тренінгових, «оазисних», «карантинних» форм реабілітаційної роботи з особами, які пережили аналогічні події, що травмують.

### Список використаних літературних джерел

1. Абрагам Маслоу та його кроки до щастя. *Український інтерес*. URL: <https://uain.press/blogs/abragam-maslou-ta-jogo-kroky-do-shhastyu-1209346>.
2. Альфред Адлер: індивідуальна психологія і психотерапія. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview/7342636/page:3/>
3. Базарний С. В. Соціальна реабілітація військовослужбовців. *Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету*: збірник. Вип. 32. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 152–157.
4. Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу: навч.-метод. посібник / О. А. Блінов. Київ : Талком. 2020. 130 с.
5. Бридніков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. д-ра пед. наук : 13.00.05. Тернопіль, 2018. 559 с.
6. Вороненко В. В., Якимець Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 3 (93). С. 41–50.
7. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО) в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2(1). С. 275–279.
8. Гачак-Величко Л. А., Ролук О. В., Капінус О. С. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців в Україні. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2020. № 21(21). С. 27–30.
9. Групове психологічне консультування. *Моя освіта*. URL: <https://mojaosvita.com.ua/psihologija/✓grupove-psihologichne-konsultuvannya/>
10. Гуменюк О.Є. Психологія Я-концепції. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 310 с.
11. Досвід охорони ментального здоров'я та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах гібридної війни : монографія / ред. В. Цимбалюка. Київ : Укр. військово-мед. акад., 2020. 307 С.
12. Друзь О. В., Черненко І. О. Аналіз бойової психічної травми в учасників локальних бойових дій. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М. Київ : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. С. 168-179.
13. Закон України «Про соціальні послуги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>
14. Закон Укоаїни «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
15. Звіт за результатами аналітичного дослідження "Ефективність моделей допомоги мобільних бригад соціально психологічної допомоги на шляху реінтеграції учасників бойових дій в АТО/ООС та членів їх родин до мирного

життя у Миколаївській та Київській областях за методикою RBM". URL: [https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mt\\_jfo\\_report\\_final\\_compre](https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mt_jfo_report_final_compre)

16. Зінченко С. В. Роль “Я-концепцій” в особистісному самовизначенні дорослих. *Європейський Союз – Україна: освіта дорослих: збірник матеріалів форуму до Міжнародних днів освіти дорослих в Україні*. К.-Ніжин, 2015. С. 131-135.

17. Індивідуальне психологічне консультування. *Християнський гуманітарно-економічний відкритий університет*. URL: <http://www.hgeou.com.ua/individualnoe-pshychologicheskoe-konsultirovanie/>.

18. Історія психології: від античності до початку ХХ століття: навч. посібник / Авт-уклад. О. П. Коханова, 2016. НВП «Інтерсервіс». 235 с.

19. Клієнт-центрована терапія: суть підходу. URL: <https://www.rozмова.me/vydy-psykhoterapiyi/kliiyent-tsentrovana-terapiya>.

20. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з УБДи - учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

21. Краус Є. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців, що приймали участь в антитерористичній операції. *Молода наука-2019* : збірник наукових праць студентів, аспірантів і молодих вчених у 5 т. Запоріжжя: ЗНУ, 2019. Т.4. С.23-25.

22. Кудренко О. В., Жалюк С. М. Організація психологічного відновлення військовослужбовців. *Сучасна війна: гуманітарний аспект* : тези доповідей науково-практичної конференції Харківського національного університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба, 31 трав. – 1 чер. 2018 року. Харків : ХНУПС ім. І. Кожедуба. С. 10-12.

23. Лозінська Н., Пішко І., Кокун О. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології* : збірник наукових праць. Вип. 22. Харків, 2017. С. 143–150.

24. Макаренко С.С. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Psychological journal*. 2018. № 3 (13). URL: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/SOCIALNO-PSIHOLOGICNA\\_REABILITACIA\\_UCASNIKIV\\_VOJOV.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/SOCIALNO-PSIHOLOGICNA_REABILITACIA_UCASNIKIV_VOJOV.pdf)

25. Марченко В. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців як передумова відновлення боєздатності Збройних Сил України. *Особистість, суспільство, війна*: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. С. 179-181.

26. Методичні рекомендації з дисципліни «Основи фізичної терапії» /Укладач: к. н. з фіз. вих. і с. Філак Я. Ф. Ужгород, 2020. 36 с.

27. Могілевський Л. В. Психологія бойового стресу працівників національної поліції. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України* : тези доп. наук.-практ. конф. (м. Харків, 2 квіт. 2021 р.). Харків : ХНУВС, 2021. С. 109-111.

28. Мультидисциплінарна команда. *LIGA360*. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/ТМ054247>.
29. О. В. Назарійчук, О. І. Дундук, Психічне здоров'я військовослужбовця в умовах гібридних та інформаційних війн як складова національної безпеки. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : збірник матеріалів VI Всеукраїнської науковопрактичної конференції (22 жовтня 2021 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. С. 209-212
30. Первинна діагностика проблеми. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview/9215221/page:4/>
31. Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) таких осіб : Постанова Каб. Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1057 : станом на 1 січ. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-п#Text>.
32. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII : станом на 23 груд. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>.
33. Психокорекція: що це таке та її відмінність від психотерапії. *ALEXUS Чоловічий журнал: спорт, здоров'я*. URL: <https://alexus.com.ua/tema-3-psichologichna-korekciya-yak-sfera-diialnosti-praktichnogo-psichologa/>.
34. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. Київ: Академвидав, 2006. 424 с.
35. Психологічна реабілітація для УБД. Міністерство у справах УБД України. URL: <https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/psykholohichna-reabilitatsiya-dlya-veteraniv>
36. Психологічне консультування. *Wikiwand*. URL: <https://www.wikiwand.com/uk>
37. Психологічний практикум. Класичний психоаналіз. Івано-Франківськ: Гостинець, 2004. Вип. 1. 60 с.
38. Психологія професійної безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості : кол. моногр. / за заг. ред. Ж. Вірної. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 588 с.
39. Психопрофілактика. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview>
40. Психотерапія що це таке. *Сучасні взаємовідносини у суспільстві і родинному колі*. URL: <https://pyrogiv.kiev.ua/psixoterapiya-shho-ce-take/>
41. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books>
42. Соціальна ізоляція. *Wkrolik - блог з психології, саморозвитку та емоційного благополуччя*. URL: <https://wkrolik.com.ua/socialna-izolyaciya/>.
43. Соціальна послуга кризового та екстреного втручання. *Хмельницька міська рада офіційний сайт*. URL: <https://khm.gov.ua/uk/content/socialna-posluga-kryzovogo-ta-ekstrenogo-vtruchannya>.

44. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців в Україні. URL: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar>
45. Тетерук С. М. Актуальні проблеми психологічної реабілітації учасників російсько-української війни. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах* : матеріали науково-практичної конференції (Київ, 1 грудня 2022 р.). Міністерство оборони України, Національний університет оборони України. Київ : НУОУ, 2022. С.166-168.
46. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157–167.
47. Титаренко Т. М. Як подолати наслідки травматизації: контури соціально-психологічної реабілітації. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах* : матеріали міжнар. науково-практ. конф., (Київ, 7 черв. 2018 р.). Київ, 2018. С. 221–224.
48. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 230–233. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP\\_2015\\_124\\_](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_).
49. Ушакова І. М., Чернова О. В. Проблеми психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконали свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту. *Проблеми експериментальної та кризової психології*. 2016. Вип. 19. С. 242-251.
50. Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. П. Тарашук. Київ: Основи, 1998. 709 с.
51. Що таке тренінг по психології. *Київський Пуріг Щасливе та здорове життя*. URL: <https://pyrogiv.kiev.ua/shho-take-trening-po-psixologii/>
52. Як бути, коли ти – емпат? *TASlife*. URL: <https://taslife.com.ua/blog/be-an-empathetic>
53. Як соціальна підтримка покращує наше психічне здоров'я. *MH4U*. URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu>
54. *Afterwar: healing the moral wounds of our soldier*. By Nancy Sherman. Oxford University Press. New York, May 1, 2015 p.
55. *Building Psychological Resilience in Military Personnel: Theory and Practice* // Показано Robert R. Sinclair, PhD, і Thomas W. Britt, PhD. Нью-Йорк, 2014 року.
56. Cherry K. What Is Cognitive Behavioral Therapy (CBT). *verywellmind*. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-cognitive-behavior-therapy-2795747>.
57. *Combat Ready*//by David Wolstenhol m (Goodreads Author). New York, 2012.
58. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> . ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
59. Hoge Ch.W. *Once a warrior always warrior. Navigating the Transition*



from Combat to Home Including Combat Stress, PTSD, mTBI. Guilford, Connecticut, Lyons Press, 2010.

60. Hoffman I. *The Little Locksmith*. New York, Coward-McCann, 1943, p. 41, в В. Wright (ed.) *Physical Disability – A Psychological Approach*. New York: Harper & Row, 1960. P. 157.

61. Matthews MD Head strong. *How Psychology revolutionizing War*. New York: Oxford university press, 1914.

62. Michael D Matthew, Janice H Laurenc e. *Military Psychology*. FourVolume Set. 1496 сторінок. Нью-Йорк, 2012.

63. *Military Neuropsychology* // by Carrie H. Kennedy (Goodreads Author) (Editor), Jeffrey L. Moore. New York, 2010.

64. *Military psychology: Clinical and Operational Applications* // edited by CH Kennedy, TA Zillmer. New-York, London: The Guilford press, 2006.

65. Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centres in Gujarat / A. Chauhan et al. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020. No. 9(2). P. 892–897. URL: <https://journals.lww.com>

66. Sherman N. *The Untold War: Hearts, Minds, i Souls of Our Soldiers*. Нью-Йорк, 2010.

67. Shvets, A. V., Horishna, O. V., Kikh, A. Y., Ivantzova, G. V., Gorshkov, O. O., & Richka, O. V. Peculiarities of the organization of psycho-medical rehabilitation of servicemen in NATO member countries and partnership for peace countries. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 2021. No 2(4). P. 26-39.

68. Steblyuk, V. Problems of medical support and medical and psychological rehabilitation of ATO/JFO veterans. *Health of Society*, 2022. No 10(5). P. 151–154.

69. Tajfel H. *The Achievement of Group Differentiation* // *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations* / [edited by] Henri Tajfel. Published in cooperation with European Association of Experimental Social Psychology by Academic Press. London, New York and San Francisco, 1978.

70. *The Oxford Handbook of Military psychology*. Edited by JH Laurence, MD Matthews. New-York: Oxford university press, 1912.