МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПЕТРЕЧЕНКО СВІТЛАНА АНАТОЛІЇВНА

УДК 159.923.2:355

ДИСЕРТАЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи
053 – Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук

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

 Петреченко С.А.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Петреченко С. А. Соціально-психологічні основи адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. – Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. – Київ, 2026.

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексне теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення актуальної наукової проблеми соціальної психології, що полягає у визначенні соціально-психологічних засад адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Запропонована концепція дослідження забезпечила можливість системного розкриття соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та можливостей її оптимізації в умовах сучасних соціогенних викликів. Узагальнення отриманих у дисертаційному дослідженні результатів дозволило зробити такі висновки.

Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. На основі узагальнення сучасних вітчизняних та зарубіжних досліджень уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження та розкрито сутність поняття «важкопоранений комбатант» як учасника бойових дій, який унаслідок тяжкого бойового поранення зазнав стійких фізичних, психологічних і соціальних змін, що впливають на його життєдіяльність, виконання соціальних ролей та потребують комплексної медичної, соціально-психологічної і професійної підтримки. Систематизовано основні категорії важкопоранених комбатантів залежно від характеру бойових травм, рівня втрати функціональних можливостей, психологічних наслідків

та особливостей соціального функціонування. Визначено, що соціально-психологічними особливостями цієї категорії осіб є високий рівень психоемоційного напруження, посттравматичні реакції, зміни самооцінки, порушення образу власного тіла, зниження відчуття особистої ефективності, трансформація життєвих цінностей, труднощі відновлення соціальної активності, професійної самореалізації та міжособистісної взаємодії. Установлено, що специфіка адаптації важкопоранених комбатантів визначається комплексною трансформацією Я-концепції, образу власного тіла, професійної та соціальної ідентичності, сімейних ролей і життєвих перспектив, а процес їх адаптації потребує формування нової інтегрованої системи самосприйняття та соціального функціонування з урахуванням змінених функціональних можливостей.

Наведено концептуальне соціально-психологічне обґрунтування дослідження проблеми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя через доцільність використання міждисциплінарного підходу, який інтегрує соціально-психологічні, когнітивно-поведінкові, гуманістичні, біопсихосоціальні, екологічні та ресурсні концепції розвитку особистості. Концептуальним підґрунтям запропонованої системи визначено інтеграцію системного, особистісно-орієнтованого та біопсихосоціального підходів. Наголошено, що системний підхід забезпечує розгляд адаптації як цілісної системи особистісних, психоемоційних, сімейних і соціальних компонентів; особистісно-орієнтований – зосередження на суб'єктності важкопораненого комбатанта, його індивідуальних потребах, ресурсах, цінностях, життєвих смислах та здатності до конструювання нової життєвої перспективи; біопсихосоціальний – інтеграцію фізичних наслідків тяжкого поранення, психологічних процесів і соціальних умов життєдіяльності. Їх поєднання надає можливість розглядати адаптацію як багатовимірний процес фізичного та психоемоційного відновлення, трансформації Я-концепції та ідентичності, перебудови копінг-стратегій, відновлення сімейного функціонування і соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів, з

урахуванням нових функціональних можливостей та особистісних обмежень. Запропоновано концепцію соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя як багаторівневого, динамічного й безперервного процесу відновлення особистісного, соціального функціонування, що відбувається в умовах взаємодії індивідуальних ресурсів особистості, сімейного середовища, системи медико-соціальної та психосоціальної реабілітації, державної політики та громадської підтримки.

Визначено систему критеріїв та показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Показано, що до основних критеріїв соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів віднесено психоемоційний стан, психологічну стійкість, рівень соціального функціонування, особливості сімейної взаємодії, мотиваційно-ціннісну сферу, суб'єктивне благополуччя, здатність до саморегуляції та соціальної інтеграції. Проведене емпіричне дослідження дало змогу встановити, що переважна більшість важкопоранених комбатантів характеризується недостатнім рівнем соціально-психологічної адаптації, підвищеними показниками тривожності, депресивності, емоційного виснаження та недостатнім рівнем психологічної стійкості. Виявлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем соціально-психологічної адаптації та показниками життєстійкості, соціальної підтримки, сімейного функціонування, життєвої задоволеності, тривожності й депресії.

Виокремлено об'єктивні та суб'єктивні чинники, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та визначають її успішність. До об'єктивних чинників віднесено тяжкість і характер поранення, якість медичної допомоги, доступність реабілітаційних послуг, соціально-економічний статус, державні соціальні гарантії, можливості професійної перепідготовки та працевлаштування, рівень соціальної підтримки. До суб'єктивних чинників належать психологічна стійкість, рівень тривожності, депресивності,

особливості самооцінки, мотивація до відновлення, специфіка саморегуляції та копінг-стратегій, суб'єктивне благополуччя та готовність до прийняття нових життєвих умов. Підкреслено, що до провідних чинників адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя слід віднести прийняття зміненого образу тіла, реконструкцію особистісної та соціальної ідентичності, готовність до зміни професійних і сімейних ролей, здатність формувати нову систему життєвих смислів. Доведено, що процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя формується внаслідок взаємодії зазначених чинників, а його успішність визначається рівнем психологічних ресурсів особистості та соціального середовища. На цій основі розроблено структурно-функціональну модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка відображає взаємозв'язок її компонентів, механізмів, чинників та очікуваних результатів.

Розкрито ресурсну роль сімейної взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. З'ясовано, що якість сімейної взаємодії, емоційна підтримка, довіра, згуртованість, адаптивність системи, ефективна комунікація та активна участь її членів у процесі лікування й реабілітації позитивно впливають на психологічне благополуччя військовослужбовців, сприяють формуванню внутрішньої мотивації до відновлення, зменшенню проявів тривоги, депресії та соціальної ізоляції. Доведено необхідність системного соціально-психологічного супроводу сімей важкопоранених комбатантів, їх соціально-психологічного консультування, психоосвіти, розвитку навичок конструктивної взаємодії та залучення родин до комплексної реабілітації ветеранів. Розроблено методику оцінювання взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, яка довела свою практичну ефективність у процесі її впровадження.

Розроблено, апробовано й експериментально перевірено інтегровану соціально-психологічну програму адаптації важкопоранених комбатантів

до мирного життя, яка включає діагностико-прогностичний, стабілізаційно-ресурсний, реконструктивно-особистісний, соціально-реінтеграційний та підтримувально-моніторинговий модулі. Результати апробації запропонованої програми підтвердили її високу ефективність, що підтверджена статистично значущим підвищенням рівня соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, їх життєвої задоволеності, психологічної стійкості, покращенням психоемоційного стану та зниженням проявів дезадаптації.

Розкрито основні складові реалізації розробленої програми, що визначаються ефективністю соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів, включаючи державні, недержавні та соціально-психологічні механізми допомоги. Доведено, що соціально-психологічна підтримка є основним компонентом успішної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та установлено, що найбільшу успішність забезпечує комплексний підхід, який поєднує соціально-психологічний супровід, медичну реабілітацію, професійну реінтеграцію, правове забезпечення та координацію діяльності державних і недержавних інституцій. Наголошено на ролі державних програм системи охорони здоров’я, ветеранської політики, діяльності реабілітаційних центрів, громадських організацій, ветеранських просторів і психологічних служб у забезпеченні успішності реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів, а також на необхідності удосконалення міжвідомчої взаємодії, розширенні доступності соціально-психологічної допомоги та впровадженні інноваційних психосоціальних технологій супроводу.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів вивчення соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Перспективним вбачаємо вивчення довгострокової динаміки соціально-психологічної адаптації військовослужбовців на різних етапах післябойового відновлення, з урахуванням змін їх психоемоційного стану,

соціального функціонування та якості життя. Подальшого дослідження потребує вплив цифрових технологій, телемедицини, онлайн-психологічного консультування та дистанційних програм психологічної підтримки на ефективність адаптації й реабілітації ветеранів. Наукового опрацювання потребують також питання професійної реінтеграції, розвитку сімейно-орієнтованих програм психологічної підтримки, формування життєстійкості та особистісних ресурсів, залежно від характеру бойового поранення та особливостей психоемоційного стану комбатантів. Важливим є продовження дослідження ефективності інтегрованих і мультидисциплінарних моделей психологічної, медичної та соціальної допомоги, спрямованих на забезпечення стійкої соціально-психологічної адаптації, підвищення якості життя та успішної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

Ключові слова: *важкопоранені комбатанти, соціально-психологічна адаптація, соціальне функціонування, соціальна підтримка, інтеграція в соціальне середовище.*

ABSTRACT

Petrenchenko S.A. The socio-psychological foundations of the adaptation of seriously wounded combatants to civilian life. – Qualification scholarly work published as manuscript.

Thesis for the degree of Doctor of Psychological Sciences in the specialisation 19.00.05 – social psychology; psychology of social work. – Volodymyr Dahl East Ukrainian National University, Ministry of Education and Science of Ukraine. – Kyiv, 2026.

This doctoral thesis presents a comprehensive theoretical generalization and proposes a novel solution to an urgent scientific problem in social psychology, regarding the determination of the socio-psychological foundations for the adaptation of seriously injured combatants to civilian life. The proposed research framework enabled a systematic examination of the socio-psychological bases underlying the adaptation of seriously injured combatants to civil life, as well as the opportunities

for its optimization at conditions of contemporary sociogenic challenges. An analysis of the results obtained in the doctoral thesis has led to the following conclusions.

A theoretical and methodological analysis has been carried out of approaches to the problem of studying the process by which seriously wounded combatants adapt to civilian life. Based on a synthesis of contemporary domestic and international research, the conceptual and categorical framework of the study has been refined, and the essence of the concept of a «seriously wounded combatant» has been elucidated as a participant in hostilities who, as a result of a serious combat injury, has undergone lasting physical, psychological and social changes that affect their daily functioning and the fulfilment of social roles, and which require comprehensive medical, socio-psychological and vocational support.

The main categories of seriously wounded combatants have been systematised according to the nature of their combat injuries, the extent of functional impairment, psychological consequences and characteristics of social functioning. It has been established that the socio-psychological characteristics of this category of individuals include a high level of psycho-emotional stress, post-traumatic reactions, changes in self-esteem, body image disorder, a reduced sense of personal efficacy, a transformation of life values, and difficulties in resuming social activity, professional self-fulfilment and interpersonal interaction. It has been established that the specific nature of adaptation among severely wounded combatants is determined by a complex transformation of self-concept, body image, professional and social identity, family roles and life prospects, and that their adaptation process requires the formation of a new, integrated system of self-perception and social functioning, taking into account their altered functional capabilities.

This paper presents a conceptual socio-psychological rationale for researching the adaptation of seriously wounded combatants to civilian life, based on the merits of an interdisciplinary approach that integrates socio-psychological, cognitive-behavioural, humanistic, biopsychosocial, ecological and resource-based concepts of personality development.

The conceptual basis of the proposed system is defined as the integration of the systemic, person-centred and biopsychosocial approaches. It is emphasised that the systemic approach ensures that adaptation is viewed as a holistic system comprising personal, psycho-emotional, family and social components; the person-centred approach focuses on the agency of the seriously wounded combatant, their individual needs, resources, values, life meanings and ability to construct a new outlook on life; the biopsychosocial approach – the integration of the physical consequences of a seriously injury, psychological processes and the social conditions of daily life.

This combination makes it possible to view adaptation as a multidimensional process of physical and psycho-emotional recovery, the transformation of self-concept and identity, the restructuring of coping strategies, the restoration of family functioning and the social reintegration of severely wounded combatants, taking into account their new functional capabilities and personal limitations.

A concept has been proposed for the socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life as a multi-level, dynamic and continuous process of restoring personal and social functioning, which takes place through the interaction of an individual's personal resources, the family environment, the system of medical, social and psychosocial rehabilitation, state policy and community support.

On this basis, a structural-functional model of the socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life has been developed, which reflects the interrelationships between its components, mechanisms, factors and expected outcomes.

A system of criteria and indicators for the socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life has been identified. It has been shown that the main criteria for the socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants include psycho-emotional state, psychological resilience, level of social functioning, characteristics of family interaction, the motivational and value sphere,

subjective well-being, and the capacity for self-regulation and social integration. The empirical study conducted revealed that the vast majority of seriously wounded combatants are characterised by an insufficient level of socio-psychological adaptation, elevated levels of anxiety, depression and emotional exhaustion and a lack of psychological resilience.

Statistically significant correlations were found between the level of socio-psychological adaptation and indicators of resilience, social support, family functioning, life satisfaction, anxiety and depression.

The study identifies the objective and subjective factors that influence the process of socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life and determine its success. Objective factors include the severity and nature of the injury, the quality of medical care, the availability of rehabilitation services, socio-economic status, state social guarantees, opportunities for vocational retraining and employment, and the level of social support. Subjective factors include psychological resilience, levels of anxiety and depression, characteristics of self-esteem, motivation for recovery, the nature of self-regulation and coping strategies, subjective well-being, and readiness to accept new living conditions. It is emphasised that the key factors in the adaptation of severely wounded combatants to civilian life include acceptance of a changed body image, the reconstruction of personal and social identity, readiness to change professional and family roles, and the ability to develop a new system of life meanings.

It has been demonstrated that the process of socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life is shaped by the interaction of these factors, and its success is determined by the level of psychological resources available to the individual and within the social environment.

The study highlights the crucial role of family interaction in the process of socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants to civilian life. It has been established that the quality of family interaction, emotional support, trust, cohesion, the adaptability of the system, effective communication and the active participation of its members in the treatment and rehabilitation process have a

positive impact on the psychological well-being of service personnel, and contribute to the development of internal motivation for recovery, as well as reducing symptoms of anxiety, depression and social isolation. The need for systematic socio-psychological support for the families of seriously wounded combatants, including socio-psychological counselling, psycho-education, the development of constructive interaction skills, and the involvement of families in the comprehensive rehabilitation of veterans, has been demonstrated. A methodology has been developed for assessing interaction during the process of socio-psychological adaptation of seriously wounded combatants, which has proven its practical effectiveness during its implementation.

An integrated socio-psychological program for the adaptation of seriously injured combatants to civilian life has been developed, field-tested, and experimentally verified. It comprises diagnostic and prognostic, stabilization and resource-building, reconstructive and personal, social reintegration, and supportive-monitoring modules. The results of the pilot study of the proposed programme confirmed its high effectiveness, as evidenced by a statistically significant increase in the level of socio-psychological adaptation among seriously wounded combatants, their life satisfaction and psychological resilience, as well as an improvement in their psycho-emotional state and a reduction in signs of maladjustment.

The key components of the implementation of the developed programme, which are determined by the effectiveness of socio-psychological support for seriously wounded combatants, have been identified, including state, non-state and socio-psychological support mechanisms. It has been demonstrated that socio-psychological support is a key component of the successful adaptation of seriously wounded combatants to civilian life, and it has been established that the greatest success is achieved through a comprehensive approach combining socio-psychological support, medical rehabilitation, vocational reintegration, legal support and the coordination of activities by state and non-state institutions. Emphasis was placed on the role of state programmes within the healthcare

system, veterans' policy, the work of rehabilitation centres, civil society organisations, veterans' centres and psychological services in ensuring the successful implementation of an integrated socio-psychological adaptation programme for seriously wounded combatants, as well as on the need to improve inter-agency cooperation, expanding access to socio-psychological support and introducing innovative psychosocial support techniques.

This study does not cover all aspects of the socio-psychological foundations of seriously wounded combatants' adaptation to civilian life. We consider it promising to study the long-term dynamics of the socio-psychological adaptation of military personnel at various stages of post-combat recovery, taking into account changes in their psycho-emotional state, social functioning and quality of life. Further research is needed into the impact of digital technologies, telemedicine, online psychological counselling and remote psychological support programmes on the effectiveness of veterans' adaptation and rehabilitation.

Issues relating to professional reintegration, the development of family-oriented psychological support programmes, and the building of resilience and personal resources depending on the nature of combat injuries and the specific psychological and emotional state of combatants also require further scientific study. It is important to continue researching the effectiveness of integrated and multidisciplinary models of psychological, medical and social support, aimed at ensuring sustainable socio-psychological adaptation, improving quality of life and facilitating the successful reintegration of seriously wounded combatants.

Key words: *seriously wounded combatants, socio-psychological adaptation, social functioning, social support, integration into the social environment.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Монографії:

1.1. Петреченко С.А. Теоретичні та практичні засади соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів: монографія. К.: Видавництво Людмила, 2026. 252 с. ISBN 978-617-555-382-4

2. Статті у наукових фахових виданнях із психології:

2.1. Iasechko S., Bratsuk I., Petrechenko S., Kazanchuk I., Liashenko R. Development of the Doctrine on Certain Personal Incorporeal Rights in European Countries. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*. 2020. Vol. XI, Issue 4(50). P. 1169-1174. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті необхідності застосування досвіду з захисту особистих прав в країнах Європи у процесі адаптації комбатантів до мирного життя).*

https://doi.org/10.14505//jarle.v11.4(50).12

2.2. Tsvietkova Y.V., Mota A.F., Levchuk M.V., Gerasymenko Y.S., Petrechenko S.A. The Local Elections 2020 In Ukraine: Regional Peculiarities and Collaboration of the Political Parties and the Religious Organizations. *Relacoes Internacionais no Mundo Atual*. 2021. Vol. 3, № 32. P. 23-49. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей залучення комбатантів до соціально-політичної діяльності в умовах мирного життя).* https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/92481361/483523265-libre.pdf?1665847406=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_Local_Elections_2020_in_Ukraine_Regi.pdf&Expires=1786620192&Signature=Ht72TKH-Gr-Yb1KFTvTicdCfaNy2LHKWbmeAnCR8qjLljiiFZlvVEpRXXeR7FQ5nlv05JEXq0oMLr22veepglMHm5kHPRvcWfFXxcnVSwf7l~SCZpP6PBouk6CB4gWrA6VHs8S4rVqE5g77uvp9zEdIXNNWPnL1QT6nXoBShYcbaPWHb42CBeSumBo-74e-1MwhyFEMTDySJhfVhr-7ukcBldFj5TCjdtEiMFEciaaHIAo7HaJ-jau3gan5-zV90EhjG-lqYIdJbfoDODi96tmvakK5r5WAC~r-

HAsWyGkODv8n~WCX1aP6IiPSK7cwcOvtoYtLkAsNn54Gl~uEbLA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

2.3. Petrechenko S., Kuryliuk Y., Yuryk O. Legal Aspects of Medical Care and Rehabilitation of War Veterans in Ukraine. *Pharmacologyonline*. 2021. Vol. 2. P. 1-8. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні специфіки соціальної реабілітації ветеранів війни в Україні).*

https://pharmacologyonline.silae.it/files/newsletter/2021/vol2/PhOL_2021_2_NL001_Petrechenko.pdf

2.4. Serohin V., Zinchenko O., Serohina S., Petrechenko S., Tsyganyuk Y., Gryshko L. Freedom of Speech and Violation of Privacy. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*. 2021. Vol. 24, Issue 1. P. 1-5. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті значення свободи слова в адаптації комбатантів до мирного життя).*

https://www.abacademies.org/articles/confidential-information-and-the-right-to-freedom-of-speech.pdf

2.5. Петреченко С.А., Філіппов С.О. Особливості спілкування з військовослужбовцями, які повернулися з війни. *Габітус.* 2023. Вип. 52. С. 254-258. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті специфіки комунікації з важкопораненими військовослужбовцями).*

https://doi.org/10.32782/2663-5208

2.6. Петреченко С.А. Психологічні проблеми гендерної рівності та роль жінки у військовій службі в Україні. *Психологічні студії.* 2023. № 3. С. 126-131.

https://doi.org/10.32782/psych.studies/2023.3.19

2.7. Петреченко С.А. Посттравматичний синдром у військовослужбовців: причини, симптоми та методи лікування. *Психологія та соціальна робота.* 2023. Вип. 1 (57). С. 30-36.

https://doi.org/10.32782/2707-0409.2023.1.4

2.8. Петреченко С.А. Психологічний аналіз, вплив інтерпретації після травматичних подій. *Психологічні студії*. 2024. № 1. С. 144-149.

https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.1.19

2.9. Петреченко С.А. Психологічний стан, самооцінка й емоційна стабільність важкопораненого комбатанту. *Психологічний журнал*. 2024. № 12. С. 155-161.

https://doi.org/10.31499/2617-2100.12.2024.306833

2.10. Петреченко С. Адаптація важкопоранених комбатантів до мирного життя. *Psychology Travelogs*. 2024. № 3. С. 108-118.

https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-11

2.11. Петреченко С.А. Роль психологічної підтримки у процесі адаптації важкопоранених комбатантів. *Психологічні студії*. 2024. № 2. С. 94-99.

https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.2.13

2.12. Петреченко С.А. Психологічні особливості основних категорій важкопоранених комбатантів. *Психологічний журнал.* 2024. № 13. С. 36-42.

https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.315002

2.13. Петреченко С. Аналіз індивідуального процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Psychology Travelogs*. 2024. № 4. С. 6-14.

https://doi.org/10.31891/PT-2024-4-1

2.14. Петреченко С.А. Дослідження ефективності різних психологічних і психотерапевтичних підходів у полегшенні соціально-психологічної адаптації важкопоранених осіб до мирного життя. *Наукові перспективи. Серія: Психологія.* 2024. № 12 (54). С. 1635-1645.

https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-12(54)-1635-1645

2.15. Петреченко С. Роль родини у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Psychology Travelogs*. 2024. № 4. С. 99-113.

https://doi.org/10.31891/PT-2024-4-10

2.16. Петреченко С.А. Вивчення теоретичних моделей соціально-психологічної адаптації та їх застосування до важкопоранених комбатантів. *Психологічний журнал*. 2025. № 14. С. 126-131.

https://doi.org/10.31499/2617-2100.14.2025.328746

2.17. Петреченко С. Проблеми ринку праці та можливості працевлаштування важкопоранених комбатантів. *Psychology Travelogs.* 2025. № 1. С. 118-126.

https://doi.org/10.31891/PT-2025-1-12

2.18. Петреченко С.А. Формування системи соціальних гарантій та пільг для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Перспективи та інновації науки.* 2025. № 2 (48). С. 1683-1690.

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2(48)-1683-1690

2.19. Петреченко С.А. Особливості професійної перепідготовки важкопоранених комбатантів. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 1 (47). С. 1669-1679.

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-1(47)-1669-1679

2.20. Петреченко С. Виклики реалізації державних програм соціально-психологічної адаптації важкопоранених. *Psychology Travelogs.* Хмельницький: Хмельницький національний університет. 2025. № 3. С. 199-206.

https://doi.org/10.31891/PT-2025-3-19

2.21. Петреченко С.А. Зміни психічних властивостей після важкого поранення комбатантів. *Наукові інновації та передові технології. Серія : Психологія*. 2025. № 9 (49). С. 1432-1441.

https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-9(49)-1432-1441

2.22. Петреченко С.А. Аналіз проблем і перспектив удосконалення програм соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Психологічні студії*. 2025. № 3. С. 45-50.

https://doi.org/10.32782/psych.studies/2025.3.7

2.23. Петреченко С.А. Особливості пам’яті та мислення у важкопоранених комбатантів у процесі соціально-психологічної адаптації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2025. Вип. 2. С. 30-36.

https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2025-2-4

2.24. Петреченко С.А. Напрями надання реабілітаційних послуг важкопораненим комбатантам під час соціально-психологічної адаптації. *Психологічний журнал*. 2025. № 15. С. 116-121.

https://doi.org/10.31499/2617-2100.15.2025.342129

2.25. Петреченко С. Взаємозв'язок біологічних механізмів та соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Psychology Travelogs*. 2025. № 4. С. 85-94.

https://doi.org/10.31891/PT-2025-4-8

2.26. Петреченко С.А. Перспективи розвитку державних проєктів для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Перспективи та інновації науки.* 2025. № 11 (57). С. 2321-2330.

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-11(57)-2321-2330

2.27. Петреченко С. Актуальні проблеми державних проєктів соціально-психологічної адаптації важкопоранених осіб. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2025. Вип. 26. С. 169-174.

https://doi.org/10.30970/PS.2025.26.20

2.28. Петреченко С.А. Дослідження впливу соціально-психологічного середовища на процес адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. *Перспективи та інновації науки*. 2026. № 3 (61). С. 3757-3766.

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-3(61)-3757-3766

2.29. Bilosevych I., Perelygina L., Nychta N., Petrechenko S. Determinants of psychological resilience in military personnel: The interplay of faith, social support, and internal resources. *Multidisciplinary Reviews*. 2026. Vol. 9. P. 1-13. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні чинників соціальної підтримки важкопоранених комбатантів в їх адаптації до мирного життя).*

https://doi.org/10.31893/multirev.2026spe009

3. Статті у матеріалах науково-практичних конференцій та інших наукових виданнях:

3.1.Петреченко С.А. Забезпечення права на пільги учасників антитерористичної операції та членів їх сімей в контексті посттравматичного відновлення і соціальної інтеграції. *Спільні дії військових формувань і правоохоронних органів держави: проблеми та перспективи: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Одеса, 12-13 вересня 2019 р.). Одеса: Військова академія, 2019. С. 323.

3.2.Havrik R.O., Petrechenko S.A. Problematic aspects of interaction of bodies (units) of state border protection and customs. *Theoretical and practical scientific achievements: research and results of their implementation: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference* (Pisa, Italian Republic, February 12, 2021). Pisa, Italian Republic: NGO European Scientific Platform, 2021. P. 114-116. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні значення міжвідомчої взаємодії як чинника соціальної підтримки та адаптації комбатантів до мирного життя).*

3.3.Петреченко С.А. Проблемні аспекти визначення конституційно-правового статусу державної прикордонної служби України. *Правові засади організації та здійснення публічної влади: зб. наук. статей за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої світлій пам'яті доктора юридичних наук, професора, академіка-засновника НАПрНУ, першого Голови Конституційного Суду України Леоніда Петровича Юзькова* (м. Хмельницький, 02-06 березня 2021 р.). Хмельницький, 2021. С. 17-20.

3.4.Петреченко С.А. Ґендерна політика у судовій та правоохоронній сферах. *Забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в Україні: сучасні досягнення та перспективи: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченій 25-й річниці з дня прийняття Конституції України та 30-й річниці проголошення незалежності України* (м. Дніпро, 10-11 червня 2021 р.). Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2021. С. 125-127.

3.5.Філіппов С.О., Петреченко С.А. Історичний аспект формування правил поводження із військовополоненими. *Актуальні проблеми нормативно-правового визначення статусу військовополонених*: *зб. наук. статей за матеріалами міжвідомчої науково-практичної конференції* (м. Київ, 10 листопада 2022 р.). К.: Нац. акад. внутр. справ, 2022. С. 252-256. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні гуманітарних засад захисту прав військовополонених).*

3.6.Петреченко С.А., Філіпчук Л.І. Виникнення стресу в сучасному житті: робочий і соціальний стрес. *Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія та практика*: *зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Біла Церква, 23-24 листопада 2023 р.) / Білоцерківський інститут економіки та управління Університету «Україна»; за заг. ред. Я. В. Новака; наук. ред. Т.М. Косач, Н.С. Пасічник. Біла Церква, 2023. С. 150-152. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті специфіки соціального стресу у важкопоранених комбатантів)*.

3.7.Петреченко С.А., Кондратюк С.М. Роль психологічної підтримки в інклюзивній освіті. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: *зб. наук. статей за матеріалами XXIII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 29-30 листопада 2023 р.): у ІІ ч. Ч. І. К.: Університет «Україна», 2023. С. 488-490. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні ролі психологічної підтримки важкопоранених комбатантів в освітній сфері)*.

3.8.Петреченко С.А. Організаційно-правовий аспект статусу, тримання та обміну військовополонених. *Актуальні проблеми правоохоронної діяльності в умовах воєнного стану*: *зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 16 березня 2023 р.). Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2023. С. 459-461.

3.9.Петреченко С.А. Особливості психологічної підтримки післябойової реабілітації та здоров’я учасників бойових дій. *Навчання і виховання в*

інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика: зб. наук. статей за матеріалами IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Хмельницький, 16 травня 2024 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2024. С. 133-136.

3.10. Петреченко С.А. Особливості застосування теоретичних моделей соціально-психологічної адаптації до важкопоранених комбатантів. *Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія та практика*: *зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Біла Церква, 27-28 листопада 2024 р.) / Білоцерківський інститут економіки та управління Університету «Україна»; за заг. ред. Я.В. Новака; наук. ред. Т.М. Косач, Н.С. Пасічник. Біла Церква, 2024. С. 249-252.

3.11. Петреченко С.А. Ефективність психологічних підходів у соціально-психологічній адаптації важкопоранених осіб до мирного життя. *Сучасні підходи до реабілітації та реадаптації військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей: зб. наук. статей за матеріалами Першої Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Харків, 5 грудня 2024 р.). Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2024. С. 144-146.

3.12. Петреченко С.А. Ефективність психологічних і психотерапевтичних підходів у полегшенні соціально-психологічної адаптації важкопоранених осіб до мирного життя. *Perspectives of contemporary science: theory and practice: proceedings of the 11th International Scientific and Practical Conference* (Lviv, 9-11 December 2024). Lviv: SPC «Sci-conf.com.ua», 2024. С. 795-801.

3.13. Петреченко С.А. Особливості професійної перепідготовки важкопоранених комбатантів. *Сучасний стан та перспективи розвитку науки, освіти і технологій: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Кременчук, 4 січня 2025 р.): у 2 ч. Кременчук: ЦФЕНД, 2025. С. 30-32.

3.14. Петреченко С.А. Соціальна інтеграція військовослужбовців / ветеранів після бойових дій: міжнародний досвід і перспективи в Україні.

Perspectives of contemporary science: theory and practice: *proceedings of the 12th International scientific and practical conference* (Lviv, 13-15 January 2025) / SPC Lviv: «Sci-conf.com.ua», 2025. С. 870-874.

3.15. Петреченко С. Роль сім'ї у соціально-психологічній адаптації важкопоранених комбатантів. *Наука і освіта в глобальному та національному вимірах: виклики, загрози, перспективи розвитку: зб. наук. статей за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Полтава, м. Лубни, 20-21 лютого 2025 р.) / за ред. Л.О. Данильчук. Полтава: Вид-во ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», 2025. Т. ІІ. С. 52-54.

3.16. Петреченко С.А. Особливості важкопоранених комбатантів з агресивно-деструктивною поведінкою. *Інклюзія в Україні в умовах війни: виклики та перспективи: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 15 травня 2025 р.). Хмельницький: Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2025. С. 134-136.

3.17. Петреченко С.А. Роль медичної реабілітації у соціально-психологічній адаптації важкопоранених комбатантів. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: *зб. наук. статей за матеріалами XXV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 25-27 листопада 2025 р.). К.: Університет «Україна», 2025. С. 669-672.

3.18. Петреченко С.А. Впровадження інклюзивних підходів до освіти важкопоранених комбатантів. *Особливості правових відносин в Україні під час воєнного стану*: *зб. наук. статей за матеріалами регіонального круглого столу* (м. Хмельницький, 11 грудня 2025 р.) / Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», Хмельницький інститут соціальних технологій, Хмельницький, 2025. С. 61-64.

3.19. Петреченко С., Макогончук Н. Зміна образу тіла як чинник трансформації самооцінки важкопоранених комбатантів. *Психологічне забезпечення професійної діяльності військовослужбовців: освіта, наука,*

практика: *зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 19 березня 2026 р.). Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2026. С. 291-293. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні специфіки трансформації самооцінки важкопоранених комбатантів).*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 26

ВСТУП 27

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ ……....42

1.1. Поняття, характеристика визначення важкопораненого 42

1.2. Теоретичні засади соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....77

1.3. Критерії та показники соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта 151

Висновки до розділу 183

РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ 186

2.1. Концептуальні засади дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....186

2.2. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження……..……..225

Висновки до розділу 245

РОЗДІЛ 3. ВАЖКОПОРАНЕНИЙ КОМБАТАНТ ЯК СУБ'ЄКТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ..250

3.1. Результати емпіричного дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....250

3.2. Структурно-функціональна модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....303

Висновки до розділу 314

РОЗДІЛ 4. ОБ'ЄКТИВНІ ТА СУБ'ЄКТИВНІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ 317

4.1. Наукові підходи до визначення об'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....317

4.2. Медична допомога як чинник забезпечення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....329

4.3. Роль держави у забезпеченні соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....337

4.4. Соціально-економічний статус як чинник соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....350

4.5. Наукові підходи до визначення суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....357

4.6. Особистісні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....373

4.7. Фізичні обмеження як чинник ускладнення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....391

4.8. Психологічні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....407

4.9. Систематизація об'єктивних і суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....414

Висновки до розділу 421

РОЗДІЛ 5. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ 424

5.1. Методологічні та змістово-процесуальні засади програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....424

5.2. Апробація та експериментальна перевірка ефективності програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів 436

5.3. Родина як соціально-психологічна система підтримки важкопораненого комбатанта 456
5.4. Особливості взаємодії опікуна з важкопораненим комбатантом та принципи сімейно орієнтованої підтримки.....479
5.5. Трансформація та гармонізація сімейної взаємодії у процесі адаптації важкопораненого комбатанта.....498
5.6. Модель психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....524
Висновки до розділу 530
РОЗДІЛ 6. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ 535
6.1. Державні проєкти щодо підтримки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....534
6.2. Проєкти від недержавних громадських організацій для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....547
6.3. Зарубіжний та вітчизняний досвід соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів.....556
6.4. Вітчизняні наукові підходи до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.....571
6.5. Порівняльний аналіз підходів різних країн світу та України до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів 582
Висновки до розділу 590
ВИСНОВКИ.....593
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....599
ДОДАТКИ.....650

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВК – важкопоранений комбатант

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ПО – поведінка опікуна

ПР – психологічна реабілітація

ПТ – психологічна травма

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

СЕС – соціально-економічний статус

СП – соціальна підтримка

СПА – соціально-психологічна адаптація

СР – соціальна реабілітація

США – Сполучені Штати Америки

УБД – учасник бойових дій

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів до мирного життя є однією з найгостріших проблем сучасного українського суспільства, яке наразі перебуває в умовах затяжного військового конфлікту. Професійна діяльність військовослужбовців, особливо в умовах активних бойових дій, супроводжується високим ризиком для їх життя і здоров'я. В результаті участі в бойових операціях частина військовослужбовців отримують важкі поранення, що змінюють їх фізичний та соціально-психологічний статус, як-от: життєві пріоритети, рольові функції та адаптаційні можливості.

Важкопоранений комбатант повертається з фронту з тілесними, психологічними, моральними й емоційними травмами, які ускладнюють процес його інтеграції у цивільне середовище. Ізоляція, втрата професійної ролі, соціальної активності, труднощі у побудові стосунків у сім'ї та суспільстві, наявність посттравматичних розладів і фізичних обмежень формує комплексну соціально-психологічну проблему, яка потребує виважених науково обґрунтованих рішень.

Під впливом поєднання зовнішніх (соціальних, економічних, медичних, правових) і внутрішніх (особистісних, емоційних, мотиваційних) чинників процес адаптації набуває багатовимірного характеру, що вимагає всебічного дослідження механізмів соціально-психологічної адаптації, виявлення критеріїв її ефективності, розробки практичних рекомендацій для фахівців, які працюють із цією категорією осіб.

Констатовано, що у сучасних дослідженнях недостатньо розробленою залишається наукова проблема інтегративного пояснення механізмів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, у яких процес повернення до мирного життя супроводжується одночасною трансформацією фізичного функціонування, психоемоційного стану, образу власного тіла, Я-концепції, професійної та соціальної ідентичності, сімейних

ролей і способів взаємодії із соціальним середовищем. Наявні підходи переважно зосереджуються на окремих аспектах проблеми – подоланні посттравматичних проявів, психологічній реабілітації, соціальній підтримці, професійній реінтеграції або сімейному функціонуванні, що не забезпечує глибинного розуміння закономірностей соціально-психологічної адаптації особистості після тяжкого бойового поранення.

Наукова проблема дослідження полягає у необхідності теоретичного й емпіричного обґрунтування цілісної системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, у якій поєднуються особистісні, психоемоційні, сімейні та соціально-інституційні механізми відновлення. Її вирішення передбачає визначення структурних компонентів соціально-психологічної адаптації, механізмів їх взаємодії, об'єктивних і суб'єктивних чинників, етапів адаптаційного процесу, а також розробки комплексної системи психологічного супроводу, орієнтованої на зменшення психотравматичних проявів, реконструкцію ідентичності, відновлення суб'єктності, перебудову копінг-стратегій, оптимізацію сімейної взаємодії та соціальну реінтеграцію, з урахуванням нових функціональних можливостей і обмежень особистості.

Особливого значення набуває вивчення ролі державної політики, інституційної підтримки, діяльності неурядових організацій, родинного оточення, особистісних ресурсів комбатантів у процесі адаптації, а також дослідження пошуку ефективних соціально-психологічних підходів до відновлення цілісного сприйняття себе, формування нових цілей і сенсів життя після важких поранень.

Актуальність дослідження зумовлюється також нагальним запитом українського суспільства на ефективну реінтеграцію важкопоранених комбатантів і недостатньою розробленістю у науковій літературі комплексного підходу до вивчення соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб. З огляду на вищезазначене, вивчення соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя є важливим

для забезпечення їхнього психічного благополуччя, стабільності в соціумі та розвитку інклюзивного та згуртованого суспільства.

Стан розробки проблеми дослідження. Проблема соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя є актуальною та багатогранною, її вивченню присвячено дослідження як українських, так й зарубіжних науковців, які розглядають феномен адаптації в умовах травматичного досвіду у контексті загального стресу, посттравматичного стресового розладу, психосоціальної реабілітації тощо.

З'ясовано, що проблему впливу стресових чинників на психологічний стан військовослужбовців та шляхи її подолання досліджували такі науковці, як В. Барко, С. Миронець, В. Мушкевич, Н. Напрєєнко, О. Напрєєнко, Н. Олексюк, І. Приходько, О. Савченко, С. Трачук, Р. Федоренко, С. Чижевський та ін. У своїх працях вони акцентують увагу на актуальності проблеми стресу для осіб, які опиняються в екстремальних життєвих обставинах. У цьому ж напрямі В. Бочелюк, Л. Заграй, О. Кокун, Т. Комар, О. Лосієвська, Л. Пілецька, О. Шевяков та інші вчені досліджували психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій, визначаючи механізми стабілізації психоемоційного стану в умовах хронічного стресу.

Особливу увагу приділено емоційній стійкості як ключовому компоненту адаптації, що розглядається у працях І. Аршави, Н. Завацької, О. Литвиненко, М. Панова, І. Пасічник, К. Седих, О. Цільмак, Р. Шевченко та інших науковців, які досліджували методи діагностики емоційної стійкості та підкреслювали її роль у підтримці функціонування особистості в екстремальних ситуаціях.

Загальні питання стресостійкості, її психологічних передумов і проявів стали предметом досліджень А. Грись, В. Корольчука, О. Крижановського, І. Поповича, Я. Раєвської, К. Сахарової, Н. Фалько та інших учених, які розглядають адаптаційні стратегії як основу подолання наслідків травматичного досвіду.

У зарубіжній науковій літературі соціально-психологічні аспекти адаптації ветеранів війни активно досліджували Д. Карвер, Х. ван дер Колк, Л. Тейлор, М. Шеріфф, С. Шнайдер, Р. Ялим та інші вчені, які наголошували на тому, що інтеграція психологічних, медичних і соціальних чинників є критично важливою для реабілітації військовослужбовців із тяжкими травмами та посттравматичними стресовими розладами.

У працях В. Алещенка, О. Безпалька, О. Блінова, Є. Потапчука, О. Сафіна та інших науковців систематизовано методи діагностики й лікування посттравматичних психічних розладів, що мають суттєве значення для розробки програм психологічної реабілітації.

Незважаючи на широкий спектр досліджень, питання інтеграції соціальних та психологічних чинників адаптації залишаються недостатньо вивченими. Важливою є розробка комплексних моделей підтримки, які б враховували особливості індивідуального травматичного досвіду, психологічного стану та соціального оточення важкопоранених комбатантів.

Актуальність вирішення означеної проблематики, її складність, багатогранність та недостатня розробка теоретичних і практичних аспектів, з урахуванням соціального контексту розвитку держави, зумовили вибір теми дисертаційного дослідження *«Соціально-психологічні основи адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя».*

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане у межах комплексних науково-дослідних тем кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля «Соціокультурні та психологічні аспекти професіоналізації особистості в сучасному соціумі», «Соціально-психологічні основи розвитку адаптаційного потенціалу особистості засобами інноваційних психотехнологій в умовах трансформаційних змін сучасного суспільства». Тему дисертаційного

дослідження затверджено Вченою радою Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (протокол № 13 від 26 червня 2026 р.).

Об’єкт дослідження – процес адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

Предмет дослідження – соціально-психологічні засади адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

Мета дослідження полягає у теоретико-емпіричному визначенні соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та розкритті концептуальних і змістовно-процесуальних засад інтегрованої соціально-психологічної програми їх адаптації до мирного життя.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

2. Навести концептуальне соціально-психологічне обґрунтування дослідження проблеми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

3. Виявити систему критеріїв та показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

4. Виокремити об’єктивні та суб’єктивні чинники, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя і визначають її успішність.

5. Розкрити ресурсну роль сімейної взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

6. Розробити інтегровану соціально-психологічну програму адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та визначити основні складові її ефективної реалізації.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: принципи комплексності та системності в аналізі соціально-психологічних процесів адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя з урахуванням

особливостей їх життєвої перспективи та ідентичності (А. Артеменко, М. Білова, А. Беспалько, О. Безпалько, О. Блінов, М. Будіянський, Л. Заграй, Р. Шевченко та ін.); положення психологічної теорії подолання наслідків психотравмувальних ситуацій і ролі наративних практик у процесі реабілітації (Г. Абаніна, К. Андросович, В. Бочелюк, Ю. Бриндіков, С. Гарькавець, І. Пасічник, К. Седих, Р. Слухенська, О. Цільмак та ін.); теоретичні засади посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та організаційних механізмів забезпечення збереження їхнього психічного здоров'я (В. Барко, А. Борисюк, М. Варій, А. Грись, Д. Данко, Л. Засєкіна, Є. Іванов, Є. Потапчук, О. Сафін, С. Цимбал та ін.); положення теорії соціально-психологічної підтримки ветеранів, їхньої мілітарної ідентичності та адаптації до мирного життя (К. Батаєва, В. Волошина, Я. Гошовський, І. Данилюк, О. Литвиненко, А. Маслюк, І. Попович, Г. Радчук, Н. Токарева та ін.); методологічні підходи до роботи з сім'ями учасників бойових дій та їхньої психологічної підтримки (І. Волженцева, М. Компанович, О. Крижановський, С. Кузікова, С. Миронець, В. Осьодло, В. Предко, К. Седих, Т. Траверсе, О. Фурман, Л. Черновська, Т. Щербан та ін.), а також сучасні концепції тривожних розладів особистості та їх корекції (Ю. Бохонкова, Н. Гуртовенко, Т. Комар, В. Корнієнко, О. Лосієвська, Н. Олексюк, Л. Пілецька, Я. Раєвська, Л. Руденко, О. Сорока, Н. Фалько та ін.).

Для досягнення поставленої мети та розв'язання висунутих завдань використано комплекс **методів дослідження**:

– *теоретичні*: теоретичний, порівняльний аналіз та синтез сучасних наукових й емпіричних досліджень з проблеми вивчення соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, а також їх узагальнення, класифікація й систематизація;

− *емпіричні методи*: спостереження, бесіда, напівструктуроване інтерв'ю, психодіагностичні методики: методика соціально-психологічної адаптації (СПА, К. Роджерс, Р. Даймонд), шкала задоволеності життям (SWLS, Е. Дінер), модифікована шкала суб'єктивного благополуччя (BBC-SWB,

П. Понтен, М. Шваннауер, С. Тай), методика діагностики рівня життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10), шкали депресії (BDI-II) та тривожності (BAI) (А. Бек), методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), тест на визначення професійних типів особистості (Дж. Голланд), багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS, Г. Зімет), шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES, Д. Олсон, Дж. Портнер, І. Лаві), методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів» (С. Петреченко);

– *методи математичної обробки даних* із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка даних і графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 22.0).

Організація і база дослідження. Дослідження проводилося упродовж 2019-2026 років на базі державних і недержавних медичних, реабілітаційних та соціально-психологічних установ різних регіонів України.

На *підготовчому етапі* було уточнено проблемне поле дослідження, сформульовано мету, завдання та робочі гіпотези, визначено теоретико-методологічні засади вивчення специфіки адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Проведено аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, розроблено програму емпіричного дослідження, підібрано комплекс психодіагностичних методик та забезпечено дотримання етичних вимог проведення дослідження.

На *психодіагностичному етапі* проведено комплексне емпіричне дослідження особливостей адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, де вивчалися показники соціально-психологічної адаптації, задоволеності життям, суб’єктивного благополуччя, життєстійкості, депресивності, тривожності, психічних станів, професійної спрямованості, соціальної підтримки, сімейної адаптації, згуртованості й особливостей

взаємодії. Здійснено аналіз особливостей адаптації на різних етапах після поранення залежно від тривалості реабілітаційного періоду.

На *аналітико-інтерпретаційному етапі* здійснено статистичну обробку одержаних результатів із використанням методів описової статистики, кореляційного, факторного, дисперсійного та порівняльного аналізу. Визначено рівні соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, встановлено взаємозв'язки між адаптацією, життєстійкістю, суб'єктивним благополуччям, психологічним станом, соціальною підтримкою та сімейним функціонуванням. На основі одержаних результатів розроблено й апробовано інтегровану соціально-психологічну програму адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, здійснено оцінку її ефективності.

Вибірка дослідження включала важкопоранених комбатантів, членів їх сімей, психологів і фахівців соціальної сфери, залучених до процесу реабілітації та соціально-психологічного супроводу. Важкопоранені комбатанти становили 78,2 % загальної вибірки. До участі у дослідженні залучалися учасники, які відповідали таким критеріям, як безпосередня участь у бойових діях, отримання тяжких тілесних ушкоджень, проходження медико-соціальної експертної оцінки, наявність статусу учасника бойових дій або особи з інвалідністю внаслідок війни. Вік досліджуваних − від 27 до 54 років. На момент участі у дослідженні 31 % важкопоранених комбатантів перебували у періоді до шести місяців після поранення, 34 % – від шести до дванадцяти місяців та 35 % – понад дванадцять місяців після поранення.

Дослідження передбачало три виміри: перший – у період гострої посттравматичної фази (до 6 місяців після поранення); другий – у фазі відносної стабілізації стану (6-12 місяців після поранення); третій – на етапі інтеграції у цивільне життя після завершення основного курсу лікування та реабілітації (понад 12 місяців після поранення), що надало змогу простежити динаміку адаптаційних процесів на різних етапах повернення комбатантів до мирного життя.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечено методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних та якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає у тому, що;

– *вперше: наведено* концептуальне соціально-психологічне обґрунтування дослідження проблеми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя як багаторівневого динамічного процесу відновлення та реконструкції особистісного, психоемоційного, сімейного й соціального функціонування, що здійснюється у взаємодії суб'єктивних ресурсів особистості та об'єктивного адаптаційного середовища; *розроблено* структурно-функціональну модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та визначено її системоутворювальні компоненти (особистісно-адаптаційний, емоційно-регулятивний, сімейно-підтримувальний, соціально-реінтеграційний); *виявлено* систему критеріїв соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та емпірично підтверджено взаємозв'язки між показниками соціально-психологічної адаптації, життєстійкості, суб'єктивного благополуччя, депресивності, тривожності, соціальної підтримки та сімейного функціонування; *виокремлено* об'єктивні та суб'єктивні чинники, що впливають на соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів до мирного життя і визначають її успішність як процесу відновлення суб'єктності та конструювання нової життєвої перспективи, що передбачає інтеграцію зміненого тілесного досвіду, трансформацію Я-концепції, реконструкцію соціальної та професійної ідентичності, формування адаптивних копінг-стратегій, відновлення сімейних зв'язків та інтеграцію особистості в соціальне середовище; *розкрито*

ресурсну роль сімейної взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя на різних етапах їх медико-соціальної та психосоціальної реабілітації; *визначено* методологічні і змістовно-процесуальні засади інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, спрямованої на соціально-психологічну корекцію психотравмівних наслідків участі у бойових діях, реконструкцію Я-концепції, особистісної і соціальної ідентичності, перебудову копінг-стратегій, відновлення сімейної взаємодії, а також на соціальну дестигматизацію та активізацію ресурсів соціальної підтримки; *розкрито* основні складові ефективної реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, що визначаються координацією діяльності державних і недержавних інституцій, а також удосконаленням міжвідомчої взаємодії, розширенням доступності соціально-психологічної допомоги та інноваційних психосоціальних технологій супроводу;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про сучасні підходи до вивчення процесу адаптації військовослужбовців, його змістовні й структурні особливості; про соціально-психологічну сутність та системність процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя;

– *отримало подальший розвиток:* методичне та процедурне забезпечення вивчення феномену соціально-психологічної адаптації; підходи до соціально-психологічних засобів і технологій оптимізації процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

Практичне значення дослідження полягає: у можливості використання методичного інструментарію при проведенні системних досліджень соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя; у розробці принципів побудови і змісту інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, через використання й інтеграцію інноваційних

психотехнологій; у з’ясуванні складових ефективної реалізації запропонованої програми на різних рівнях функціонування особистості та соціального середовища.

Встановлені закономірності та виявлені чинники соціально-психологічної адаптації можуть бути використані для ранньої діагностики ризиків дезадаптації, планування індивідуальних і групових реабілітаційних заходів, оцінювання ефективності соціально-психологічного супроводу та прогнозування перебігу адаптаційного процесу військовослужбовців після тяжкого бойового поранення.

Результати дослідження можуть бути використані у діяльності психологів, соціальних працівників, фахівців реабілітаційних центрів, закладів охорони здоров’я, ветеранських просторів і громадських організацій, які здійснюють психологічний супровід і соціальну реінтеграцію важкопоранених комбатантів, а також під час розробки та вдосконалення програм психологічної реабілітації, соціального супроводу й сімейного консультування ветеранів війни, у системі підготовки та підвищення кваліфікації психологів, соціальних працівників і фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд, що сприятиме зростанню якості соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів, покращенню якості їхнього життя, соціальній інтеграції та зниженню рівня соціальної дезадаптації.

Розроблена авторська методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів» може застосовуватися для комплексного вивчення ресурсів адаптації та визначення напрямів психологічної допомоги сім’ям військовослужбовців, які отримали тяжкі бойові поранення.

Результати дослідження **впроваджено** у консультаційну та методичну роботу науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ) (довідка № 544/19.04 від 28.07.2026 р.), у практичну діяльність військової частини А2339 (військового госпіталю) (м. Хмельницький) (довідка

№ 1461 від 16.04.2026 р.), у практичну діяльність військової частини А3267 (військового госпіталю) (м. Старокостянтинів) (довідка № 092/2 від 09.05.2026 р.), у практичну діяльність військової частини А0318 (довідка № 592/4490 від 16.07.2026 р.), у службову практику військової частини А1028 (довідка № 638 від 21.07.2026 р.), де вони використовуються під час психологічного обстеження, оцінювання рівня соціально-психологічної адаптації, організації психологічного супроводу, реабілітації важкопоранених комбатантів та роботи з членами їхніх родин; у діяльність Комунального некомерційного підприємства «Хмельницький обласний госпіталь ветеранів війни» Хмельницької обласної ради (довідка № 2248 від 15.07.2026 р.), у діяльність Комунального закладу «Ветеранський простір «Ветеран Про» (довідка № 78 від 21.07.2026 р.) для вдосконалення підходів для організації психологічної, соціальної та інформаційної підтримки важкопоранених комбатантів; у практичну, науково-педагогічну та освітню діяльність Української військово-медичної академії (м. Київ) (довідка № 533/2920 від 21.07.2026 р.), у наукову та методичну роботу Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (м. Київ) (довідка № 543/15.04 від 28.07.2026 р.), в освітній процес відокремленого структурного підрозділу закладу вищої освіти «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» Хмельницького інституту соціальних технологій (довідка № 45.01.01/26-59 від 21.04.2026 р.), в освітній процес Львівського національного університету імені Івана Франка (довідка № 315/110 від 08.07.2026 р.), в освітню, наукову, навчально-методичну діяльність Хмельницького університету управління та права імені Леоніда Юзькова Хмельницької обласної ради (довідка № 0841/26 від 16.07.2026 р.), в освітній процес та наукову-дослідну роботу Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (довідка № 01-15/1357 від 15.07.2026 р.), у практичну діяльність психологічної служби Львівського національного університету імені Івана Франка (довідка № 253/11 від 09.07.2026 р.) та використовуються при викладанні освітніх компонентів

«Диференціальна психологія», «Професійна етика і нормативно-правове забезпечення роботи психолога», «Психологічні особливості посттравматичного розвитку», «Психологія війни», «Психологія травми», «Психологія та психотерапія травм», «Психологічна допомога при ПТСР» та ін.

Особистий внесок авторки. Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані є самостійним внеском авторки в розробку проблеми визначення соціально-психологічних засад адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. В опублікованих зі співавторами працях доробок авторки становить 50%. Розробки та ідеї, що належать співавторам, у дисертації не використовуються.

Положення та висновки кандидатської дисертації у докторській дисертації не використовуються.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено на науково-практичних конференціях, круглих столах різного рівня, зокрема *міжнародних*: науково-практичній конференції «Спільні дії військових формувань і правоохоронних органів держави: проблеми та перспективи» (Одеса, 2019 р.), I Scientific and Theoretical Conference «Theoretical and practical scientific achievements: research and results of their implementation» (Pisa, Italian Republic, 2021), IV науково-практичній конференції, присвяченої пам'яті доктора юридичних наук, професора, академіка-засновника НАПрНУ, першого Голови Конституційного Суду України Леоніда Петровича Юзькова «Правові засади організації та здійснення публічної влади» (Хмельницький, 2021 р.), науково-практичній конференції, присвяченій 25-й річниці з дня прийняття Конституції України та 30-й річниці проголошення незалежності України «Забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в Україні: сучасні досягнення та перспективи» (Дніпро, 2021 р.), 11th Scientific and Practical Conference «Perspectives of contemporary science: theory and practice» (Lviv, 2024), XXIII науково-практичній конференції «Інклюзивне освітнє

середовище: проблеми, перспективи та кращі практики» (Київ, 2024 р.), І науково-практичній конференції «Сучасні підходи до реабілітації та реадаптації військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей» (Харків, 2024 р.), науково-практичній конференції «Сучасний стан та перспективи розвитку науки, освіти і технологій» (Кременчук, 2025 р.), 12th scientific and practical conference «Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice» (Lviv, 2025), IV науково-практичній конференції «Наука і освіта в глобальному та національному вимірах: виклики, загрози, перспективи розвитку» (Полтава-Лубни, 2025 р.), XXV науково-практичній конференції «Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики» (Київ, 2025 р.); *всеукраїнських:* науково-практичній конференції «Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія та практика» (Біла Церква, 2023 р.), науково-практичній конференції «Актуальні проблеми правоохоронної діяльності в умовах воєнного стану» (Хмельницький, 2023 р.), IV науково-практичній конференції «Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика» (Хмельницький, 2024 р.), науково-практичній конференції «Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія та практика» (Біла Церква, 2024 р.), науково-практичній конференції «Інклюзія в Україні в умовах війни: виклики та перспективи» (Хмельницький, 2025 р.), І науково-практичній конференції «Психологічне забезпечення професійної діяльності військовослужбовців: освіта, наука, практика» (Хмельницький, 2026 р.); регіональних: круглому столі «Особливості правових відносин в Україні під час воєнного стану» (Хмельницький, 2025 р.); *міжвідомчих:* науково-практичній конференції «Актуальні проблеми нормативно-правового визначення статусу військовополонених» (Київ, 2022 р.).

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 49 публікаціях авторки, з яких 1 одноосібна монографія, 29 статей у наукових фахових виданнях із психології (з них 5 статей – у

наукометричній базі Scopus); 19 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

Структура й обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, шести розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 468 найменувань (з них 123 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 688 сторінках, із них 598 сторінок основного тексту. Робота містить 83 таблиці на 130 сторінках, 49 рисунків на 49 сторінках та 13 додатків на 39 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

1.1. Поняття, характеристика визначення важкопораненого

Сучасні військові конфлікти зумовлюють виникнення нових суспільних і наукових викликів, серед яких особливого значення набуває проблема психологічного стану комбатантів – осіб, які безпосередньо беруть участь у бойових діях.

До проблем психології військової діяльності зверталися В. Вус, В. Зливков, Н. Євдокимова, С. Лукомська, В. Панок, М. Слюсаревський та інші українські дослідники. На їхню думку, військова діяльність супроводжується значними психоемоційними навантаженнями, які можуть зумовлювати як короткострокові, так і довгострокові наслідки для особистості [60; 105; 113; 165 та ін.]. Зазначені положення знаходять підтвердження у працях зарубіжних дослідників, зокрема А. Бека, А. Елліса, С. Гіббонс, Р. Єгуди, А. Макфарлейна, Л. Мігліоре, А. Нгуєн, В. Осьодло, Т. Траверсе та інших, які розглядають психологію комбатанта як комплексне дослідження впливу війни на психіку військовослужбовця, чинників формування психологічної стійкості, наслідків бойового стресу та можливих механізмів його подолання [353; 374; 395; 457 та ін.].

Поняття «комбатант» у науковій літературі досліджували Г. Абаніна, О. Аліфер, О. Барна, О. Блінов, Ю. Бриндіков, Г. Гуд, В. Дембіцький, М. Компанович, В. Корецький та інші дослідники. У своїх працях вони

розглядали комбатанта не лише як військовослужбовця, який бере участь у бойових діях, а й як особистість, що зазнає значного психологічного впливу війни. Зокрема, у їхніх дослідженнях наголошується, що комбатант – це не лише боєць, а й особистість, яка стикається з екстремальними ситуаціями, що потребують мобілізації фізичних, моральних і психологічних ресурсів [2; 14; 24; 39; 47; 78; 152; 211 та ін.]. На рис. 1.1 узагальнено підходи до визначення поняття «комбатант» у трактуванні судді Верховного Суду Н. Стефанів [221].

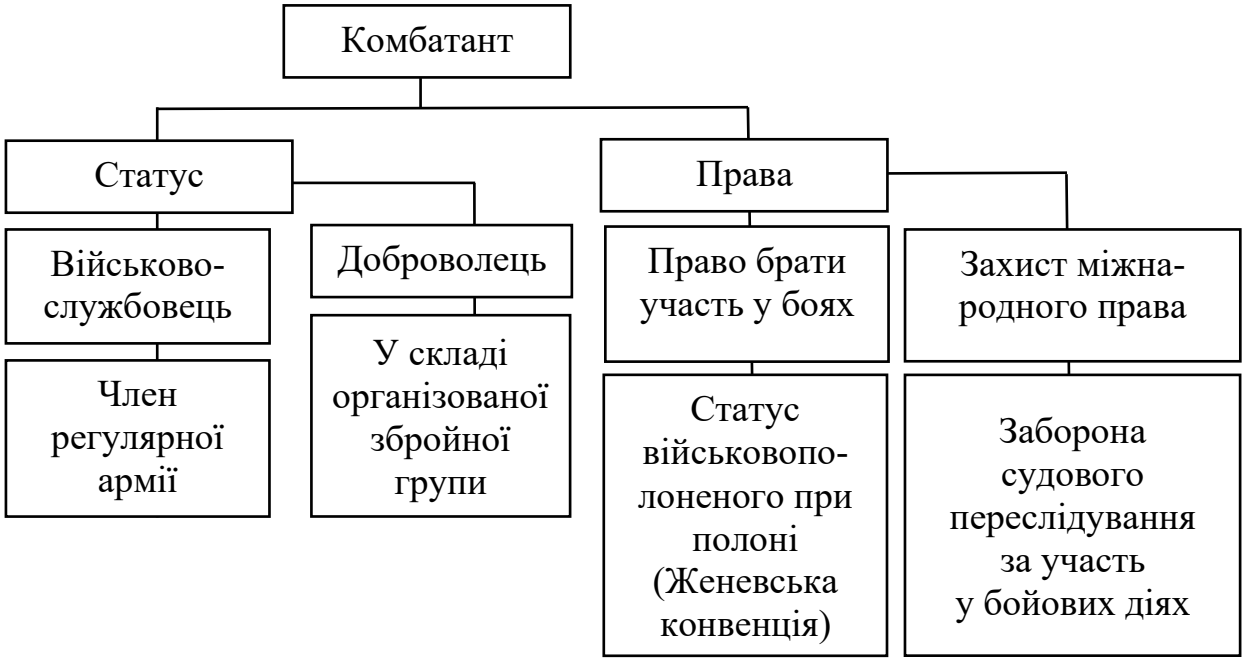


Рис. 1.1. Поняття та статус комбатанта у контексті права і соціології (за Н. Стефанів)

На схемі відображено правовий і соціальний аспекти статусу комбатанта. Н. Стефанів дотримується позиції, відповідно до якої комбатант – це особа, яка безпосередньо бере участь у збройному конфлікті у складі збройних сил однієї зі сторін. Правовий статус комбатантів регулюється нормами міжнародного гуманітарного права [220; 221]. Основними положеннями, що характеризують правовий статус комбатантів, є:

− право брати безпосередню участь у бойових діях – комбатанти мають право брати участь у воєнних діях у межах, установлених нормами міжнародного гуманітарного права;

− захист нормами міжнародного гуманітарного права – Женевські конвенції та інші норми міжнародного гуманітарного права встановлюють

правила поводження з комбатантами, зокрема у разі їхнього потрапляння в полон;

− статус військовополоненого – у разі потрапляння в полон комбатант набуває статусу військовополоненого та користується відповідними гарантіями, зокрема правом на гуманне поводження і захист від катувань та інших форм жорстокого поводження;

− захист від кримінального переслідування за правомірну участь у бойових діях – комбатанти не можуть переслідуватися за сам факт законної участі у воєнних діях за умови дотримання ними норм міжнародного гуманітарного права.

Водночас комбатанти є не лише учасниками збройного конфлікту, а й членами суспільства, які після припинення військової служби повертаються до цивільного життя та потребують належних умов для соціальної адаптації й реінтеграції.

Особи, які не мають статусу комбатантів, зокрема цивільне населення, медичний персонал та журналісти, не мають права безпосередньо брати участь у бойових діях і користуються спеціальним захистом відповідно до норм міжнародного гуманітарного права.

У висновку щодо проєкту Закону України «Про комбатантів України» визначено основні положення щодо правового статусу комбатантів в Україні, їхніх прав та обов’язків, а також механізмів захисту їхніх прав та інтересів у разі потрапляння в полон або отримання поранення. Законопроєкт передбачає систему соціальних гарантій для комбатантів, зокрема забезпечення медичною допомогою та психологічною підтримкою, відновлення їхніх прав після звільнення з полону, а також належного фінансового забезпечення після демобілізації. Водночас положення законопроєкту спрямовані на забезпечення дотримання міжнародних стандартів поводження з комбатантами та гарантування їхніх основоположних прав і свобод під час і після участі у бойових діях [51].

Дослідження Н. Стефанів у цьому контексті сприяє глибшому розумінню ролі та значення правової і соціальної підтримки комбатантів як учасників збройного конфлікту, а також актуалізує необхідність дотримання

норм міжнародного гуманітарного права, спрямованих на забезпечення захисту людської гідності навіть в умовах збройного конфлікту [221].

Проаналізувавши поняття «комбатант» із юридичної та соціальної позицій, дослідники звертаються також до його психологічної інтерпретації. Зокрема, О. Барна та О. Блінов пропонують подібне визначення, розглядаючи комбатанта як «особу, яка бере участь у бойових діях, а її психологічний стан значною мірою зумовлений переживанням стресу, психотравмувальним впливом бойових дій та необхідністю адаптації до умов війни» [14; 28].

Поняття «комбатант» також розглядається у науковій праці В. Дембіцького та Ю. Підлісного, які пропонують визначати його як «особу, яка бере участь у військових діях або збройному конфлікті та може зазнавати психологічних труднощів, зумовлених цим досвідом». Водночас дослідники зазначають, що для позначення цієї категорії осіб можуть використовуватися також терміни «військовослужбовець», «боєць» і «воїн». Аналіз співвідношення зазначених понять наведено в табл. 1.1. [211, с. 42].

Таблиця 1.1

Співвідношення поняття «комбатант» із термінами «військовослужбовець», «боєць» і «воїн» за В. Дембіцьким

№ п/п	Назва поняття	Тлумачення поняття	Ключові слова	Особливості вживання / контекст
1.	Військово-службовець	особа, яка проходить військову службу у Збройних Силах України, має відповідне військове звання та виконує обов’язки, передбачені законодавством і умовами проходження військової служби	служба, звання, обов’язки, ЗСУ	формально-правове поняття, яке використовується в законодавстві, офіційних документах та у сфері державного управління

Продовження табл. 1.1

№ п/п	Назва поняття	Тлумачення поняття	Ключові слова	Особливості вживання / контекст
2.	Боєць	особа, яка бере участь у бойових діях, зазвичай у складі збройних формувань; у ширшому значенні термін може використовуватися для позначення окремих учасників бойових дій незалежно від формального статусу військовослужбовця	участь у боях, збройні формування, доброволець	ширше за змістом, може стосуватися регулярних військ, добровольців, бійців тероборони тощо
3.	Воїн	особа, яка бере участь у війнах або збройних конфліктах; термін має ширше ціннісно-смислове значення та може асоціюватися з такими характеристиками, як честь, відвага, мужність і патріотизм	війна, збройний конфлікт, доблесть, патріотизм	вживається для позначення функціональної ролі, а також як морально-етичний і ціннісно-символічний образ

Розкриваючи співвідношення зазначених понять із поняттям «комбатант», слід зазначити, що всі три терміни пов’язані з особами, які беруть або можуть брати участь у війнах чи збройних конфліктах, однак не є тотожними за змістом. Кожне з них характеризує особу, пов’язану з військовою діяльністю, що передбачає відповідну фізичну та психологічну підготовку і виконання завдань в умовах збройного протистояння.

Водночас зазначені терміни мають певні змістові відмінності від поняття «комбатант». За В. Дембіцьким та Ю. Підлісним, поняття «комбатант»

охоплює також психологічний аспект, оскільки передбачає врахування труднощів, яких особа може зазнавати внаслідок бойового досвіду [211, с. 43]. Термін «військовослужбовець» передусім характеризує правовий і службовий статус особи, не акцентуючи уваги на її психологічному стані чи наслідках бойового досвіду. Поняття «боєць» переважно характеризує безпосередню участь особи у бойових діях, тоді як термін «воїн» має ширше ціннісно-смислове та морально-етичне значення.

Термін «військовослужбовець» визначає конкретний правовий і службовий статус особи у структурі збройних сил, тоді як поняття «боєць» і «воїн» можуть мати ширше загальновживане або ціннісно-оцінне значення, пов'язане з участю у боротьбі чи збройному конфлікті, без обов'язкового визначення формального службового статусу.

У дослідженні Г. Абаніної розкрито концептуальний зміст зазначених понять. Зокрема, термін «воїн» може використовуватися у філософському, героїчному або морально-етичному контексті, акцентуючи увагу на духовних і ціннісних характеристиках особи. Водночас поняття «комбатант» передусім характеризує особу з погляду її участі у збройному конфлікті та пов'язаного з цим досвіду, який може мати психологічні наслідки [211, с. 42].

Таким чином, встановлено, що поняття «комбатант» має комплексний зміст і не є повним синонімом термінів «військовослужбовець», «боєць» або «воїн». Його специфіка полягає насамперед у поєднанні характеристики особи як учасника збройного конфлікту з особливостями її бойового досвіду та можливими фізичними, психологічними й соціальними наслідками такого досвіду.

Згідно з іноземними тлумачними словниками в англійській мові термін «комбатант» означає учасника бойових дій, військовослужбовця, який безпосередньо бере участь у бойових діях, а також сторону, що бере участь у збройному конфлікті. У французькій мові «комбатант» – це «той, хто воює» [347; 351; 401].

У межах теоретичних напрацювань Р. Єгуди, А. Макфарлейна та А. Нгуєна, присвячених проблематиці збройних конфліктів, особа, яка бере

активну участь у бойових діях, розглядається як суб'єкт, що реалізує позицію спротиву або наступу. Дослідники акцентують увагу на важливості розуміння цієї ролі в контексті її психологічного впливу, оскільки участь у бойових діях може істотно позначатися на психоемоційному стані, особистісних характеристиках і соціальних взаємодіях особи [347; 351]. У цьому контексті поняття «комбатант» пов'язується з переживанням стресових ситуацій, психологічними наслідками бойового досвіду та ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу, що становить важливий аспект подальших психологічних і соціально-психологічних досліджень.

У процесі інтерпретації поняття «комбатант» важливо враховувати тлумачення терміна «некомбатант», яке, за Л. Мігліоре, дає змогу чіткіше розмежувати ці категорії осіб [349, с. 21]. Зокрема, комбатант визначається як учасник бойових дій, на відміну від некомбатанта, який не бере безпосередньої участі у військових операціях, проте може перебувати в зоні потенційного впливу воєнних дій.

Розглядаючи психологічний аспект розмежування комбатантів і некомбатантів, слід зазначити, що, за Г. Абаніною та Г. Гуд, участь у бойових діях може істотно впливати на психіку особи. Постійне перебування в стресових ситуаціях, контактування з насильством і постійною загрозою може зумовлювати зміни, що мають довготривалий вплив на психічне здоров'я [1; 78]. Водночас некомбатанти, які не беруть участі у бойових діях, але зазнають впливу наслідків війни, зокрема втрат, травм або руйнування звичного середовища життєдіяльності, також можуть стикатися зі значними психологічними труднощами.

В умовах збройних конфліктів комбатанти нерідко зазнають поранень, що, як зазначають О. Аліфер, Ю. Бриндіков, Г. Гуд, В. Дембіцький та Ю. Підлісний, актуалізує необхідність розгляду суміжних понять, пов'язаних із характеристикою наслідків бойового досвіду (див. табл. 1.2) [14; 39; 78; 211].

Таблиця 1.2

Терміни, пов’язані з категорією комбатантів

та пораненнями в умовах збройного конфлікту

№ п/п	Поранений	Інвалід війни	Ветеран війни	Тимчасово непрацездатний
1.	Особа, яка отримала фізичні травми під час бойових дій	Особа, яка внаслідок поранення або хвороби під час бойових дій стала фізично або психологічно непрацездатною	Особа, яка брала участь у бойових діях і має спеціальний статус у післявоєнний період	Період, коли комбатант не здатний виконувати свої обов’язки через поранення або інші травми
2.	Людина, яка отримала тілесні ушкодження, але має шанс на одужання після лікування	Людина, що отримала важке поранення або хворобу під час бойових дій, яка потребує постійної медичної допомоги	Особи, що мають досвід участі в бойових діях і користуються правами ветеранів для соціальної підтримки	Комбатант, який тимчасово не здатний виконувати свої обов’язки через фізичні травми або психологічні наслідки війни
3.	Особа, що потребує реабілітації після отриманих травм під час війни	Особа, яка після війни має постійну втрату працездатності через травми, отримані під час бойових дій	Особа, що брала участь у військових операціях і має спеціальні пільги або виплати від держави	Періодична непрацездатність через поранення або післяопераційне відновлення, що обмежує бойову здатність

Аналіз і порівняння термінів, пов’язаних із категорією «комбатант» та пораненнями в умовах збройного конфлікту, дають змогу розкрити різні аспекти участі осіб у бойових діях, а також оцінити вплив війни на їхнє фізичне та психологічне здоров’я. У табл. 1.2 наведено чотири основні категорії осіб, які зазнають різних видів поранень і мають відповідні соціально-правові статуси. Кожен із наведених термінів має

специфічне змістове наповнення та відображає особливості становища осіб після участі у бойових діях, що необхідно враховувати під час розроблення політики соціального захисту та системи психологічної допомоги.

Аналіз наукових праць В. Корецького, С. Куценко та Ю. Підлісного дає підстави стверджувати, що в них ґрунтовно охарактеризовано особливості осіб, які зазнали поранень [2; 152; 212]. На основі узагальнення результатів зазначених досліджень сформовано класифікацію поранень комбатантів:

1. Тяжкі травми за характером отриманих ушкоджень:

− черепно-мозкові травми (відкрита проникаюча, переломи черепа, внутрішньочерепні травми);

− ушкодження хребта (включаючи переломи шийного відділу хребта);

− проникаючі поранення органів (глотки, гортані, трахеї, кишечника, сечового міхура, очеревини);

− розриви внутрішніх органів (печінки, легенів, шлунка, кишечника);

− термічні (опіки) та електротермічні ураження;

− ушкодження великих кровоносних судин;

− ушкодження, що призводять до ампутацій, таких як втрата органів або кінцівок.

2. Травми, що супроводжуються гострим періодом:

− шок будь-якого ступеня тяжкості;

− кома різної етіології;

− гостра серцева недостатність або порушення мозкового кровообігу;

− гостра дихальна та ниркова недостатність;

− сепсис, інфаркти, емболії.

3. Травми, що призвели до тяжких наслідків:

− втрата зору, слуху, мови;

− ампутація кінцівок або втрата функції органа;

− психічні розлади, порушення когнітивних та емоційних функцій;

− втрата репродуктивної здатності.

4. Психологічні травми:

− посттравматичний стресовий розлад (виникає внаслідок переживання травматичних подій: бойових дії, вибухів, смерті товаришів тощо);

− афективні розлади (депресії, тривожні розлади, панічні атаки);

− психотичні розлади (психози, втрата зв'язку з реальністю);

− порушення когнітивних функцій (зниження пам'яті, здатності до концентрації, порушення розумової діяльності).

Психологічні наслідки бойових поранень, які, за оцінками Ю. Підлісного та Р. Попелюшко, можуть мати різний ступінь тяжкості, представлено на рис. 1.2 [212; 222].

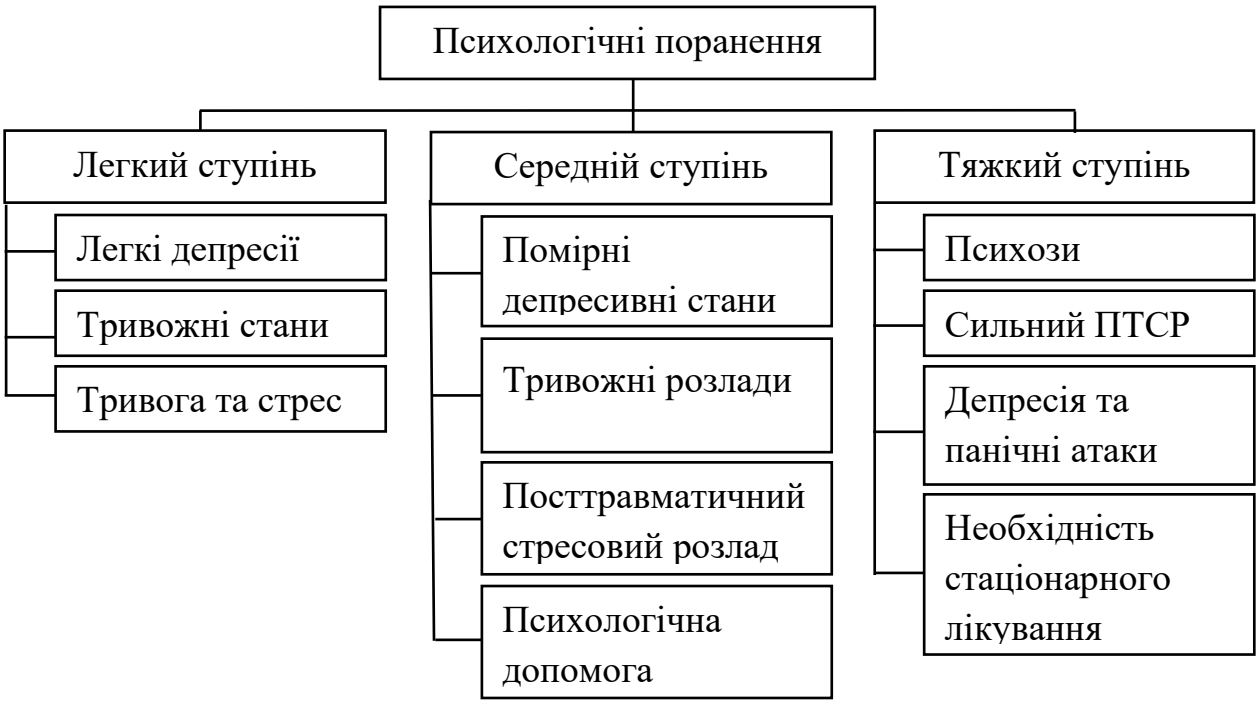


Рис. 1.2. Класифікація психологічних поранень різних ступенів (за Ю. Підлісним та Р. Попелюшко)

Аналізуючи психологічні наслідки бойових поранень комбатантів, доцільно також враховувати результати досліджень, проведених серед

ветеранів воєнних конфліктів у В'єтнамі, Афганістані та Іраку, а також учасників сучасних бойових дій в Україні.

Р. Кеєм та співавторами було проведено дослідження серед американських ветеранів В'єтнамської війни, результати якого засвідчили, що 30 % комбатантів після участі у бойових діях мали легкі симптоми тривожності та депресії, які, за результатами дослідження, зникали після короткострокової психотерапії [347, с. 1485]. Дослідження, проведене в Україні Ю. Підлісним, засвідчило, що серед осіб, які повертаються із зони бойових дій, у 45 % спостерігалися короткочасні стресові реакції, які, за результатами дослідження, не трансформувалися у довготривалі психічні розлади [211, с. 45].

Р. Ехудом було проведено дослідження військовослужбовців, які брали участь у війні в Перській затоці. Його результати засвідчили, що близько 20 % досліджуваних мали симптоми ПТСР помірного ступеня тяжкості, що супроводжувалися нічними жахіттями, підвищеною тривожністю та спалахами агресивної поведінки [379, с. 110]. Згідно з результатами дослідження, наведеними Національним центром психічного здоров'я США, військовослужбовці, які пережили обстріли та втрату побратимів, мають підвищений ризик розвитку депресивних і тривожних розладів помірного ступеня тяжкості [354, с. 206].

Щодо тяжкого ступеня психологічних наслідків бойового досвіду, то було проведено психологічне дослідження близько 4 тис. американських комбатантів, які повернулися з Іраку. К. Хогом встановлено, що у 15–17 % досліджуваних спостерігалися тяжкі симптоми ПТСР, які проявлялися галюцинаціями, депресивними станами та соціальною ізоляцією [355, с. 119]. В Україні у 2023 році психологами-дослідниками В. Корецьким та С. Куценко за допомогою опитувальника для оцінювання симптомів ПТСР у військовослужбовців було встановлено, що у 12 % із 3 257 обстежених ветеранів, які пережили полон або тривале перебування під обстрілами,

виявлено тяжкі прояви ПТСР, що потребували стаціонарного лікування [449, с. 220].

Результати досліджень і клінічні спостереження свідчать про те, що комбатанти, які пережили бойові дії, можуть мати різний ступінь вираженості психологічних наслідків бойового досвіду.

Водночас, у проаналізованих наукових працях не сформульовано чіткого та уніфікованого визначення поняття «важкопоранена особа» у психологічному контексті.

Як було встановлено вище, існують критерії визначення тяжкості поранень, однак поняття «важкопоранена особа» та його психологічний зміст недостатньо деталізовані у працях як українських, так і іноземних дослідників.

На основі аналізу наявних досліджень (О. Аліфер, Ю. Бриндікова, Г. Гуда, В. Дембіцького, М. Компанович, Ю. Підлісного, Р. Попелюшко та ін.) [14; 39; 211; 221 та ін.] важкопораненими доцільно вважати осіб, які внаслідок участі у бойових діях зазнали фізичних та/або психологічних ушкоджень, що істотно впливають на їхню працездатність, життєдіяльність і можливості соціальної інтеграції.

Такі особи можуть мати стійкі психологічні порушення, які ускладнюють адаптацію до мирного життя та зумовлюють потребу в тривалій комплексній реабілітації, що охоплює медичну, психологічну та соціальну допомогу.

Аналіз праць українських і іноземних дослідників, зокрема А. Бека, Н. Євдокимової, Л. Мігліоре, С. Лукомської та ін. [166; 352; 383; 385 та ін.], засвідчує, що в них розглядаються особи, які зазнали фізичних травм і різних психологічних наслідків бойового досвіду, однак ці категорії не диференціюються за критерієм належності до важкопоранених.

З огляду на це в табл. 1.3 доцільно представити типи важкопоранених осіб у психологічному контексті та здійснити їх детальну характеристику.

Таблиця 1.3

Типи важкопоранених осіб у психологічному контексті

Типи важко-поранених осіб	Опис важкопоранених осіб	Порівняння з іншими типами
Особи з ПТСР	Мають стійкі симптоми травматичного стресу (флешбеки, нав'язливі спогади, тривожність, емоційну відстороненість, порушення сну та агресивні реакції)	Часто поєднується з депресією, агресивністю та соціальною дезадаптацією
Особи з депресивними розладами	Переживають тривалу апатію, втрату мотивації, зниження самооцінки, відчуття провини та суїцидальні думки через пережиті бойові дії та їхні наслідки	Може бути наслідком ПТСР або коморбідного стану, менш агресивні, але більш замкнені
Особи з когнітивними порушеннями	Можуть мати розлади пам'яті, концентрації уваги, мислення, що є наслідком черепно-мозкових травм або емоційного вигорання	Відрізняються органічним або нейропсихологічним характером труднощів, іноді супроводжують інші стани
Особи з порушеннями соціальної адаптації	Відчувають труднощі у поверненні до мирного життя, мають проблеми з інтеграцією в суспільство, налагодженням стосунків у сім'ї, на роботі та в соціумі	Часто є наслідком ПТСР або депресії, супроводжується униканням контактів
Особи з коморбідними психічними розладами	Мають поєднання кількох психологічних порушень, наприклад, ПТСР у поєднанні з депресією або залежністю від психоактивних речовин	Найбільш складна форма, вимагає системного підходу, схильна до хронізації

Продовження табл. 1.3

Типи важко-поранених осіб	**Опис важкопоранених осіб**	**Порівняння з іншими типами**
Особи з агресивно-деструктивною поведінкою	Виявляють підвищену конфліктність, агресію, імпульсивність, що ускладнює взаємодію з оточенням та може призводити до правопорушень	Може бути зовнішньою формою ПТСР або коморбідного стану; ризикова для оточення
Особи з психосоматичними розладами	Мають фізичні прояви психологічного стресу (хронічні болі, серцево-судинні порушення, шлунково-кишкові проблеми без очевидної медичної причини)	Симптоми не схожі на інші типи, але можуть бути наслідком пригніченої тривоги або депресії

Отже, важкопоранені особи, які внаслідок бойових дій зазнали фізичних та/або психологічних ушкоджень, можуть характеризуватися різним ступенем вираженості психоемоційних, когнітивних і соціально-психологічних порушень. Серед найбільш поширених наслідків можуть спостерігатися ПТСР, депресивні та тривожні прояви, когнітивні й психосоматичні порушення, труднощі соціально-психологічної адаптації, агресивно-деструктивна поведінка та коморбідні психічні стани.

У наукових дослідженнях, присвячених психологічним наслідкам бойових дій, значна увага приділяється проблемам психічного здоров’я комбатантів. Водночас аналіз наукових праць засвідчує відсутність уніфікованого підходу до визначення поняття «важкопоранений комбатант». Наявні дослідження охоплюють переважно окремі категорії осіб, які внаслідок участі у збройних конфліктах зазнали фізичних травм, психологічних ушкоджень або комплексних психофізичних наслідків бойового досвіду. Це зумовлює необхідність концептуального поєднання зазначених підходів для формування цілісного уявлення про специфіку цієї категорії осіб.

Аналіз визначень понять «комбатант» і «важкопоранена особа», представлених у працях українських і зарубіжних дослідників, зокрема О. Аліфер, Ю. Бриндікова, Г. Гуда, В. Дембіцького, М. Компановича, Ю. Підлісного, Р. Попелюшко, А. Бека, Н. Євдокимової, Л. Мігліоре, С. Лукомської та ін. [14; 39; 211; 221 та ін.], дає підстави стверджувати, що ці поняття переважно розглядаються окремо. Водночас їх комплексне поєднання для характеристики фізичних, психологічних і соціальних наслідків бойового досвіду комбатантів недостатньо представлено в науковій літературі. З огляду на це доцільним є теоретичне обґрунтування поняття «важкопоранений комбатант» як окремої категорії соціально-психологічного дослідження.

Згідно з проаналізованими джерелами поняття «важкопоранена особа» передбачає наявність фізичних та/або психологічних ушкоджень, які істотно впливають на працездатність, життєдіяльність і можливості соціальної інтеграції. Водночас термін «комбатант» використовується для позначення особи, яка безпосередньо брала участь у бойових діях. З огляду на це пропонуємо таке визначення: важкопоранений комбатант – це особа, яка брала безпосередню участь у бойових діях і внаслідок цього зазнала тяжких фізичних та/або психологічних ушкоджень, що істотно ускладнюють її соціально-психологічну адаптацію, професійну діяльність, повсякденне функціонування та якість життя. Залежно від характеру й тяжкості наслідків бойового досвіду у важкопоранених комбатантів можуть спостерігатися посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні прояви, когнітивні й психосоматичні порушення, труднощі соціальної інтеграції та агресивно-деструктивна поведінка.

Необхідність введення поняття «важкопоранений комбатант» зумовлена потребою чіткого визначення цільової групи подальших наукових досліджень і розроблення ефективних програм комплексної реабілітації, що враховують взаємопов’язані фізичні та психологічні наслідки бойового поранення. Концептуалізація категорії «важкопоранений комбатант» дасть змогу не лише визначити критерії оцінювання тяжкості психологічних наслідків бойового

досвіду, а й створити підґрунтя для розроблення спеціалізованих заходів психологічної підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції таких осіб у мирне життя.

На основі аналізу типів важкопоранених осіб, представлених у працях А. Бека, Н. Євдокимової, Л. Мігліоре, С. Лукомської та інших дослідників [165; 353; 383 та ін.], можна виокремити основні категорії важкопоранених осіб залежно від характеру та ступеня тяжкості зазнаних ушкоджень, їхнього впливу на фізичний і психічний стан, а також на процес соціально-психологічної адаптації:

1. Комбатанти, які зазнали серйозних тілесних ушкоджень, що призвели до ампутацій кінцівок, важких поранень хребта, що спричинили параліч, черепно-мозкових травм (ЧМТ), що впливають на когнітивні функції та поведінку, серйозних пошкоджень внутрішніх органів, які потребують постійного медичного контролю, що впливають на фізичну активність та ускладнюють соціальну й професійну реінтеграцію;

2. Комбатанти, які зазнали психологічних травм і мають посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні розлади, зокрема такі, що супроводжуються панічними атаками, суїцидальними думками або спробами, дисоціативними розладами чи вираженими поведінковими змінами, які істотно ускладнюють повсякденне функціонування. Психологічні травми можуть не супроводжуватися вираженими фізичними ознаками, однак їхній вплив на якість життя, психічне благополуччя та здатність до соціально-психологічної адаптації може бути значним;

3. Комбатанти, які мають поєднання фізичних і психологічних ушкоджень. Зокрема, йдеться про випадки ампутації кінцівки, що поєднується з тяжким ПТСР; черепно-мозкової травми, наслідками якої є когнітивні порушення та депресивні прояви; травм хребта, що супроводжуються хронічним больовим синдромом і тривожними розладами. Поєднання фізичних і психологічних наслідків бойових травм ускладнює процес

реабілітації, оскільки потребує комплексного підходу до відновлення фізичного та психічного здоров’я;

4. Комбатанти, які після поранення стикаються з труднощами соціальної інтеграції та повернення до мирного життя, відчуттям ізоляції й самотності, агресивно-деструктивними проявами поведінки, що ускладнюють взаємодію з оточенням, а також проблемами працевлаштування або зниженням мотивації до професійної діяльності. Навіть за відсутності виражених фізичних ушкоджень чи діагностованих психічних розладів соціальна дезадаптація може істотно знижувати якість життя, обмежувати повсякденне функціонування та ускладнювати процес соціально-психологічної адаптації;

5. Комбатанти, які після бойових поранень мають хронічний біль, порушення сну, головний біль, розлади функціонування серцево-судинної та травної систем, що можуть бути пов’язані з психогенними чинниками, а також соматоформні розлади, які ускладнюють процес діагностики та лікування. У випадках, коли виражені органічні зміни не виявляються або не пояснюють повною мірою наявних симптомів, існує ризик недооцінювання їхньої клінічної значущості, хоча такі прояви можуть істотно впливати на повсякденне функціонування, якість життя та соціально-психологічну адаптацію комбатанта.

Запропоноване визначення поняття «важкопоранений комбатант» дає змогу комплексно осмислити наслідки бойового досвіду, які не обмежуються фізичними ушкодженнями, а охоплюють також психологічні та соціальні аспекти життєдіяльності особистості. Концептуалізація цього поняття створює підґрунтя для більш диференційованого дослідження, оцінювання та визначення потреб осіб, які зазнали тяжких наслідків участі у бойових діях, а також для розроблення комплексних програм медичної, психологічної та СР. Чітке розмежування категорій важкопоранених комбатантів залежно від характеру та тяжкості фізичних, психологічних і соціальних наслідків бойового досвіду сприяє формуванню диференційованих підходів до реабілітації та СП. Це, зі свого боку, створює передумови для підвищення

ефективності відновлення, соціально-психологічної адаптації та повернення комбатантів до активного суспільного, професійного й сімейного життя.

Психологічні особливості важкопоранених комбатантів є важливим напрямом досліджень у галузі військової психології та психологічної реабілітації. Їх вивчення та корекція потребують комплексного міждисциплінарного підходу із залученням фахівців різних спеціальностей, зокрема психологів, психотерапевтів, психіатрів, фахівців із фізичної та психологічної реабілітації, соціальних працівників, дослідників військової психології, фахівців із посттравматичної підтримки та психосоматичної медицини. Загальні психологічні особливості комбатантів і наслідки бойового досвіду вивчали іноземні дослідники, зокрема К. Граве, А. Кардінер, Дж. Келлі, Б. ван дер Колк, Л. Пеззін, Р. Пьотржак, Б. Піттс, Дж. Ротор, Дж. Шей та ін. [354; 356; 361; 362 та ін.], а також українські науковці: Н. Агаєв, В. Алещенко, В. Гаврилькевич, В. Горбатько, Ю. Горбачук, В. Кабашнюк, О. Кокун, О. Колесніченко, Н. Лозінська, П. М'ясоїд, В. Остапчук, Ю. Пилипака, Ю. Підлісний, Є. Підчасов, І. Пішко, В. Романюк, О. Тімченко, В. Яременко та ін. [6; 7; 62; 68; 126; 208; 261; 345 та ін.].

Однак аналіз наукової літератури свідчить про відсутність ґрунтовних досліджень, присвячених психологічним особливостям важкопоранених комбатантів.

Досвід реабілітації військовослужбовців після бойових поранень засвідчує наявність специфічних психологічних труднощів, з якими вони стикаються в процесі відновлення та повернення до мирного життя. Окремі аспекти таких труднощів висвітлено у публічних свідченнях військовослужбовців і ветеранів [93; 279 та ін.], зокрема:

1. О. Терещенко – український військовий, який після поранення та ампутації рук відкрито говорив про ПТСР та труднощі адаптації;

2. Р. Костенко – народний депутат України, учасник бойових дій, який неодноразово розповідав про важливість психологічної підтримки військових;

3. О. Бурлаков – ветеран, який публічно розповідав про свою боротьбу з ПТСР і заснував ініціативи для підтримки військових;

4. П. Гаррі – британець, який служив в Афганістані, публічно розкривав свої психологічні проблеми після служби;

5. К. Кайл – відомий снайпер США, який у своїй книзі «American Sniper» детально описував психологічні наслідки війни.

Проведене в Україні під час війни опитування щодо психологічних особливостей комбатантів дало змогу виявити низку проблем, з якими стикаються ці особи внаслідок бойового досвіду. Водночас конкретизація таких даних є обмеженою через необхідність дотримання вимог щодо конфіденційності медичної інформації. За даними, наведеними головною редакторкою Л. Хаустовою, одне з досліджень, проведених науковцями Тернопільського національного медичного університету імені І. Горбачевського за участю 250 військовослужбовців, які зазнали поранень у 2023 році, засвідчило, що у 72 % обстежених виявлено симптоми ПТСР, у 65 % – прояви депресії, а 48 % респондентів зазначили про труднощі із соціальною адаптацією після повернення з фронту [297, с. 94].

За кордоном психологічні наслідки бойового досвіду та проблеми поранених військовослужбовців досліджувалися більш системно. У Сполучених Штатах Америки відповідна проблематика вивчалася представниками різних наукових напрямів і спеціалізованими установами. Зокрема, американський психолог А. Кардінер у дослідженнях ветеранів Першої світової війни описав специфічні психологічні наслідки бойової травми, серед яких нервова збудливість, нав’язливі спогади про травматичні події та схильність до відсторонення від реальності. Після завершення В’єтнамської війни було встановлено значне поширення симптомів ПТСР серед американських ветеранів: за окремими оцінками, їх кількість становила близько 700 тис. осіб, що стало одним із чинників активізації подальших досліджень цього розладу [362, с. 65]. Під час Другої світової війни у збройних силах США через психічні розлади було виведено з бойового складу близько

504 тис. військовослужбовців, тоді як приблизно 1,4 млн військовослужбовців мали різні психічні порушення, які тимчасово унеможливлювали їхню участь у бойових діях. Наведені дані засвідчують значний вплив бойового досвіду на психічне здоров'я військовослужбовців та актуалізують необхідність системного вивчення психологічних наслідків війни, своєчасного виявлення відповідних порушень і забезпечення комплексної психологічної та реабілітаційної допомоги [348, с. 894].

Серед основних психологічних проблем комбатантів В. Гаврилькевич, В. Горбатько, Ю. Горбачук, Н. Лозінська, П. М'ясоїд, В. Остапчук, Ю. Пилипака, І. Пішко та В. Романюк виокремлюють переживання гострого та хронічного стресу, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), труднощі прийняття зміненого фізичного стану, проблеми соціально-психологічної адаптації до мирного життя, соціальну ізоляцію та підвищений ризик виникнення суїцидальних думок і поведінки [61; 68; 167; 199; 208 та ін.].

Іноземні дослідники, зокрема Дж. Келлі, Б. ван дер Колк, Л. Пеззін, Б. Піттс, Дж. Ротор, виокремлюють низку психологічних проблем, характерних для комбатантів [366; 376; 397; 402 та ін.]:

- посттравматичний стресовий розлад;
- депресивні стани;
- підвищену тривожність;
- емоційне відчуження;
- труднощі адаптації до мирного життя, що проявляються у соціальній ізоляції, відчутті безсилля та відчуженості;
- труднощі емоційної саморегуляції, підвищену агресивність і ризик виникнення суїцидальних думок та поведінки, зумовлених тривалим стресом.

Психологічні особливості важкопоранених комбатантів є важливим і недостатньо дослідженим напрямом військової психології та реабілітації. Аналіз наукових праць українських і зарубіжних дослідників засвідчує, що проблеми ПТСР, депресивних і тривожних станів, агресивності, емоційної регуляції, соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки достатньо

широко вивчалися щодо військовослужбовців, комбатантів і ветеранів. Водночас психологічні особливості саме важкопоранених комбатантів, з урахуванням комплексного впливу фізичних ушкоджень, психологічної травматизації та соціальних змін, залишаються недостатньо дослідженими, особливо в контексті сучасних українських реалій.

З огляду на актуальність проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали тяжких поранень унаслідок бойових дій, виникла необхідність проведення власного емпіричного дослідження за участю важкопоранених комбатантів з метою виявлення психологічних труднощів, що істотно впливають на процес їхньої реабілітації та соціально-психологічної адаптації до мирного життя. Метою дослідження було виявлення найбільш поширених психологічних труднощів, характерних для важкопоранених комбатантів, а також оцінювання ефективності наявної системи психологічної підтримки.

У дослідженні взяли участь 100 важкопоранених комбатантів віком від 24 до 47 років, які проходили лікування або реабілітацію у військових госпіталях упродовж 2024 року. Формування вибірки здійснювалося відповідно до таких критеріїв:

− наявність статусу УБД;

− документально підтверджене тяжке поранення (ампутації кінцівок, травми хребта, черепно-мозкові травми тощо);

− здатність до усвідомленого самозвітування та надання достовірної інформації про власний психоемоційний стан;

− добровільна згода на участь у дослідженні.

Методологія дослідження передбачала використання комплексу психодіагностичних та соціально-психологічних інструментів. Для оцінювання вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) застосовувалася шкала самооцінки проявів ПТСР (PCL-5) [111], для оцінювання вираженості депресивної симптоматики – шкала депресії Бека [341]. Додатково було розроблено авторську анкету, спрямовану на

вивчення труднощів соціально-психологічної адаптації до мирного життя, оцінювання рівня соціальної підтримки та сприйняття ефективності психологічної допомоги. Із частиною учасників дослідження (40 %) проведено напівструктуровані інтерв'ю, що дало змогу поглибити вивчення їхнього психоемоційного стану, особливостей осмислення пережитого бойового досвіду, труднощів адаптації та уявлень про подальшу життєву перспективу.

Опитування проводилося в індивідуальному форматі з дотриманням основних етичних вимог і принципів конфіденційності після отримання від учасників письмової інформованої згоди на участь у дослідженні. Загальна тривалість збору емпіричних даних становила близько одного місяця.

Результати дослідження дали змогу виявити низку психологічних проблем, які істотно ускладнюють процес відновлення та соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. За результатами самооцінювання, у 74,4 % опитаних виявлено виражену симптоматику, характерну для ПТСР, зокрема підвищену тривожність, нав'язливі спогади, емоційне оніміння, повторне переживання травматичних подій (флешбеки) та нічні кошмари. Учасники також зазначали, що пережиті бойові події регулярно відтворюються у сновидіннях і можуть супроводжуватися пробудженням у стані вираженої тривоги або паніки.

У 31,1 % учасників дослідження виявлено депресивну симптоматику, що проявлялася емоційною пригніченістю, апатією, втратою відчуття сенсу життя та труднощами емоційної саморегуляції. Зазначені прояви були особливо характерними для учасників, які зазнали тяжких тілесних ушкоджень і зіткнулися з істотним обмеженням своїх попередніх функціональних можливостей. Водночас усі 90 респондентів наголосили на важливості підтримки з боку родини та друзів. Учасники зазначали, що емоційна підтримка близьких сприяла збереженню віри у власні сили, подоланню труднощів, пов'язаних із больовими відчуттями та наслідками поранення, а також

поступовому поверненню до активного життя. Недостатність доступної державної психологічної допомоги відзначили 62,2 % комбатантів.

Серед основних проблем вони називали недостатню кількість кваліфікованих психологів у лікувальних установах, тривалий час очікування консультацій та обмежену доступність системної психотерапевтичної допомоги. Лише 27,8 % опитаних позитивно оцінили результати індивідуальної психологічної допомоги, яку вони отримували. Це актуалізує необхідність подальшого розвитку та належного ресурсного забезпечення системи психологічного супроводу військовослужбовців і ветеранів. Підтримку побратимів та інших ветеранів у реабілітаційних закладах позитивно оцінили 87,8 % респондентів.

Учасники наголошували, що спілкування з людьми, які мають подібний бойовий досвід, сприяє відчуттю взаєморозуміння, зменшенню переживання соціальної ізоляції та формуванню психологічної підтримки в процесі відновлення. Однією з найбільш значущих проблем залишається адаптація до мирного життя: 69,9 % учасників зазначили, що після повернення додому зіткнулися з відповідними труднощами.

Серед основних бар'єрів вони називали проблеми працевлаштування, пов'язані з фізичними обмеженнями, відчуття соціальної ізоляції, зміну або втрату попереднього соціального статусу та зниження відчуття життєвої перспективи.

Одержані результати засвідчують необхідність розвитку комплексних програм соціального супроводу, професійної перекваліфікації, психологічної підтримки та соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

На основі аналізу наукових праць українських дослідників, зокрема Н. Агаєва, О. Кокуна, І. Пішко, О. Тімченка, Н. Лозінської та ін. [6; 300; 306 та ін.], а також іноземних науковців А. Адлера, З. Фрейда, Е. Фромма, К. Юнга та ін. [359; 383; 394 та ін.], присвячених психологічним особливостям особистості, можна виокремити основні психологічні особливості важкопоранених комбатантів (рис. 1.3).

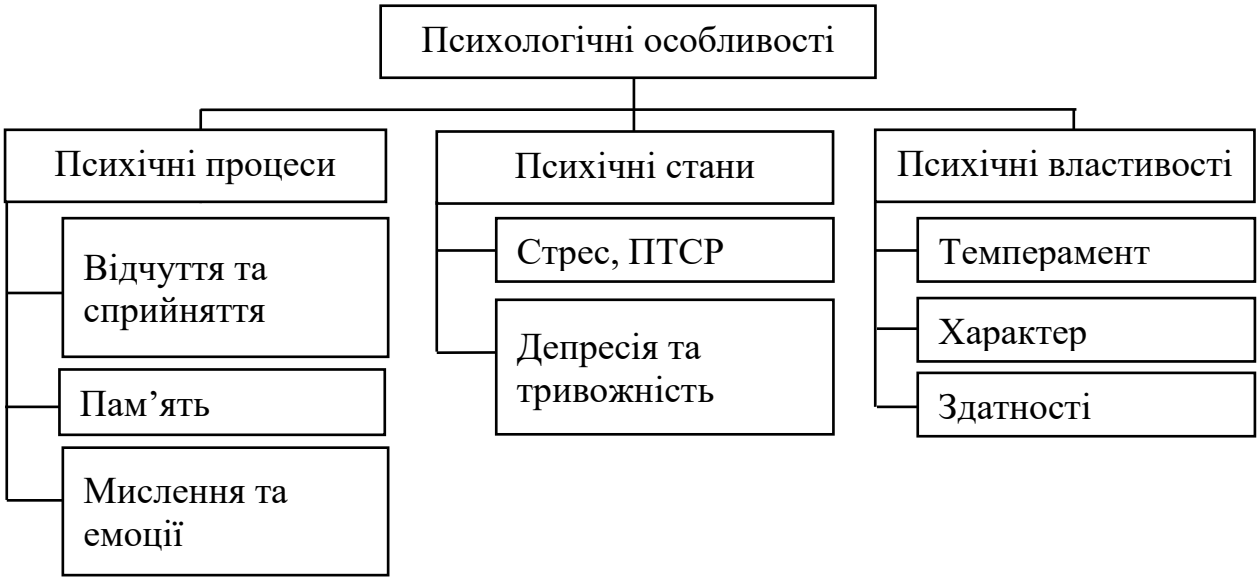


Рис. 1.3. Психологічні особливості важкопоранених комбатантів, виокремлені на основі узагальнення наукових підходів до вивчення психологічних особливостей особистості

На основі досліджень О. Кокуна та Е. Фромма встановлено, що важкопоранені комбатанти можуть стикатися з психічними порушеннями, зумовленими впливом больового синдрому, психоемоційного стресу, травматичного досвіду та фізичних ушкоджень, які здатні негативно позначатися на когнітивних функціях, здатності до оброблення інформації та взаємодії з навколишнім середовищем [300; 383]. К. Юнг зазначає, що такі порушення можуть набувати тривалого або хронічного характеру, істотно ускладнюючи повсякденне функціонування особистості та її адаптацію до змінених життєвих умов [395].

На основі положень, викладених у дослідженні Н. Ханецької, можна охарактеризувати зміни у сприйнятті та сенсорному функціонуванні, які можуть виникати у важкопоранених комбатантів унаслідок фізичних ушкоджень [322, с. 45]. Хронічний больовий синдром здатний негативно впливати на сприйняття навколишнього середовища, знижувати концентрацію уваги та формувати постійне відчуття психофізичного напруження. Навіть за відносно невисокої інтенсивності біль може постійно привертати увагу та обмежувати здатність особи повноцінно зосереджуватися на зовнішніх

стимулах. Унаслідок травматичного ушкодження нервової системи також можуть виникати зміни сенсорної чутливості, зокрема підвищена реактивність на зовнішні стимули або, навпаки, її зниження.

Постійний біль і психоемоційне напруження можуть ускладнювати просторову орієнтацію та адекватне сприйняття ситуації. У дослідженнях А. Кардінера та Дж. Шея простежується положення про зниження здатності до сприйняття й оброблення нової інформації під впливом травматичного досвіду, що може ускладнювати взаємодію з навколишнім середовищем та іншими людьми [359, с. 595].

На основі досліджень О. Колесніченка та В. Романюка встановлено, що у важкопоранених комбатантів можуть спостерігатися порушення як короткочасної, так і довготривалої пам'яті [269; 335]. Виникнення таких порушень пов'язують із впливом психоемоційного стресу, больового синдрому, медикаментозної терапії та наслідків посттравматичного стресового розладу. Це може зумовлювати труднощі із засвоєнням і відтворенням нової інформації, а також пригадуванням важливих подій минулого, зокрема ключових дат, етапів лікування та значущих подій особистого життя. Аналізуючи когнітивні наслідки бойової травми, Б. Піттс підкреслює, що порушення пам'яті можуть обмежувати когнітивне функціонування та негативно позначатися на емоційній стабільності поранених [422, с. 326]. У зв'язку з цим важкопоранені комбатанти можуть переживати відчуття відчуженості, втрати зв'язку з власним минулим або емоційної дистанції від значущих подій та осіб.

Психологічні концепції, розроблені А. Адлером і З. Фрейдом, присвячені аналізу процесів мислення та емоційної сфери людини [442, с. 300]. Узагальнення положень їхніх теорій дає підстави припустити, що за умов тяжкої фізичної та психологічної травматизації когнітивна активність особистості може зосереджуватися переважно на базових життєвих потребах і безпосередньому подоланні наслідків травми, зокрема контролі болю, забезпеченні безпеки та відновленні фізичного функціонування. Така

концентрація може супроводжуватися зниженням когнітивної гнучкості, обмеженням здатності до абстрактного мислення та ускладненням адаптації до змінених життєвих обставин. У ситуаціях підвищеного стресу це може проявлятися також у труднощах планування майбутнього, прийняття рішень та визначення подальших життєвих перспектив.

У дослідженнях емоційної сфери особистості, проведених Н. Компанець, О. Кузьо, О. Панченко та С. Скрипник, наголошується, що психоемоційний стан важкопоранених осіб може супроводжуватися вираженими емоційними порушеннями, зокрема підвищеною тривожністю, депресивними проявами, гнівом та апатією [92; 302].

Згідно з науковими висновками Ю. Горбачука, О. Кокуна та О. Колесніченка, емоційна реакція на психотравмувальний досвід може проявлятися у формі тривалих негативних переживань, які ускладнюють ефективну комунікацію та прийняття рішень, зокрема внаслідок домінування таких емоційних станів, як гнів і розчарування [68; 261; 232]. У важкопоранених комбатантів це може супроводжуватися емоційним відстороненням, відчуттям внутрішньої спустошеності або відчуженості, що ускладнює підтримання повноцінних міжособистісних взаємин і соціальних зв’язків.

Тривалий вплив психотравмувальних чинників може також підвищувати ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, що, своєю чергою, поглиблює психологічні труднощі та зумовлює потребу в комплексній психологічній і психотерапевтичній допомозі.

Психічний стан важкопоранених комбатантів може зазнавати істотних змін під впливом пережитого психотравмувального досвіду, тривалого стресу та фізичного болю. Відповідні психологічні реакції та зміни психічного стану розглядаються у працях І. Пішко, З. Фрейда, К. Юнга, В. Яременко та ін. дослідників [345; 423].

Детальну характеристику основних порушень психічного стану важкопоранених комбатантів наведено в табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Порушення психічного стану важкопоранених комбатантів

Назва психічного стану	**Основні прояви**	**Можливі наслідки**	**Рівень впливу на функціонування**
Стрес та ПТСР	Нав’язливі спогади, жахіття, флешбеки, сильні емоційні реакції, уникнення тригерів, ізоляція	Хронічна тривожність, панічні атаки, труднощі в соціалізації, депресивні стани	Високий
Депресія	Втрата інтересу до життя, зниження енергії, почуття безнадії, суїцидальні думки	Погіршення фізичного стану, соціальна ізоляція, відсутність мотивації до реабілітації	Високий
Тривожність	Постійна настороженість, страх перед майбутнім, панічні атаки, труднощі зі сном	Виснаження, проблеми зі здоров’ям, порушення міжособистісних стосунків	Середній
Проблеми з адаптацією	Втрата колишньої соціальної ролі, труднощі у прийнятті змін, відчуття безпорадності	Відмова від соціальної активності, труднощі в інтеграції в мирне життя	Середній
Соціальна ізоляція	Почуття відчуження, уникнення контактів, проблеми з довірою	Поглиблення депресії та тривожних розладів, втрата підтримки	Високий

У межах концепції індивідуальної психології А. Адлера стрес розглядається як одна з базових психологічних реакцій особистості на вплив несприятливих та травмувальних обставин, зокрема переживання бойових ситуацій, тяжких травм і больового синдрому [442, с. 300]. За умов тривалого або недостатньо опрацьованого психотравмувального досвіду стресові реакції можуть набувати стійкого характеру та бути пов'язаними з розвитком різних психологічних порушень, зокрема ПТСР. У важкопоранених комбатантів наслідки психотравмувального досвіду можуть проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, повторного переживання травматичних подій, нічних жахіть та флешбеків. Відтворення травматичних спогадів може супроводжуватися вираженими емоційними реакціями, зокрема страхом, тривогою або гнівом, які виникають у відповідь на спогади, звуки чи інші стимули, що асоціюються з бойовими подіями.

У дослідженнях О. Слободянюк і С. Чопик, присвячених проблематиці стресу, також звертається увага на тенденцію до уникнення ситуацій і соціальних контактів, які нагадують особі про пережитий травматичний досвід [20, с. 73]. Для важкопоранених комбатантів така поведінка може посилювати соціальну ізоляцію та ускладнювати процес соціально-психологічної адаптації. Водночас уникнення травмувальних нагадувань може підтримувати стійкість негативних психологічних реакцій і формувати замкнене коло між психоемоційним напруженням та обмеженням соціальної взаємодії. При ПТСР це може проявлятися підвищеною тривожністю, панічними реакціями, порушеннями сну, труднощами концентрації уваги та станом постійної психофізіологічної напруги.

Згідно з науковими висновками Ю. Горбачука, О. Кокуна та О. Колесніченка, емоційна реакція на психотравмувальний досвід може проявлятися у формі тривалих негативних переживань, які ускладнюють ефективну комунікацію та прийняття рішень, зокрема внаслідок домінування таких емоцій, як гнів і розчарування [25, с. 55]. У важкопоранених комбатантів пережиті фізичні та ПТ можуть супроводжуватися почуттями безнадійності,

безпорадності та невпевненості щодо власного майбутнього. Депресивна симптоматика може проявлятися зниженням інтересу до життя, енергетичного потенціалу, відчуттям внутрішньої порожнечі та втратою сенсу повсякденної діяльності. Переживання безвиході та негативне сприйняття власних життєвих перспектив можуть істотно ускладнювати процес соціально-психологічної адаптації до нових умов життя після повернення з фронту.

У контексті висвітлення психофізіологічних механізмів В. Кеннон звертає увагу на взаємозв'язок психоемоційного стану та соматичних проявів, зокрема на те, що депресивні стани можуть супроводжуватися посиленням больових відчуттів і порушеннями процесу відновлення після травм [449, с. 125]. Для важкопоранених комбатантів наявність хронічного фізичного болю може посилювати психоемоційне напруження, сприяти формуванню почуття безнадійності та знижувати мотивацію до активної участі в реабілітаційних заходах. Це, зі свого боку, може негативно позначатися на темпах і результативності фізичного відновлення. Комбатанти з тяжкими наслідками поранень також можуть переживати відчуття соціальної ізоляції та нерозуміння з боку оточення, зумовлені переконанням, що інші люди не здатні повною мірою усвідомити глибину їхнього фізичного та психологічного страждання.

У працях І. Блохіної, О. Волошок, О. Галієвої, Р. Яремко та І. Ясточкіної простежуються спільні підходи до розуміння проявів тривожних станів особистості. Дослідники зазначають, що страхи та тривожні переживання можуть бути пов'язані з невизначеністю майбутнього, нестабільністю соціального середовища та внутрішніми конфліктами. Тривожність може проявлятися у різних формах, зокрема через соматичні реакції, емоційне напруження та когнітивні спотворення [282; 339]. У важкопоранених комбатантів тривожні стани можуть бути безпосередньо пов'язані з пережитим бойовим досвідом, наслідками поранення та необхідністю пристосування до змінених умов життя. Вони можуть проявлятися у формі постійної настороженості, підвищеної уваги до власного фізичного стану,

страху повторного травмування або втрати контролю над власним життям. Додатковим джерелом тривоги можуть бути переживання щодо майбутнього соціального становища, професійної реалізації та характеру взаємин із близькими після отримання тяжкого поранення.

Попри увагу до проблем адаптації військовослужбовців у працях О. Даніліна, Р. Жиленка, О. Кононенка, М. Павлюка, О. Ходоса та А. Шаповолової, особливості адаптаційних процесів саме серед важкопоранених комбатантів у них розкрито недостатньо [10; 49]. Вивчення цього питання має важливе значення, оскільки важкопоранені комбатанти стикаються з комплексом додаткових труднощів, пов'язаних із необхідністю пристосування до нового способу життя після отриманих бойових травм. Обмеження рухливості, хронічний больовий синдром та інші наслідки тяжких поранень можуть ускладнювати відновлення попередніх соціальних і професійних ролей. Усвідомлення втрати або обмеження колишніх фізичних і соціальних можливостей може супроводжуватися емоційним розчаруванням, зниженням самооцінки та трансформацією почуття особистої ідентичності.

Аналіз проблем соціальної ізоляції та депривації, їхніх видів, причин і наслідків свідчить, що важкопоранені комбатанти можуть відчувати соціальну ізоляцію внаслідок пережитого бойового досвіду та тяжких фізичних і психологічних травм. Недостатній рівень СП може підвищувати ризик виникнення депресивних і тривожних проявів. Водночас труднощі у встановленні та підтриманні соціальних контактів можуть зумовлювати відчуття відчуження від близьких людей і суспільства загалом.

На основі результатів досліджень та аналізу психічних властивостей особистості, представлених у працях іноземних учених Й. Андерша, М. Вайтмана, І. Дірі, Д. Мет'юза [356; 358] та українських дослідників – М. Грищенко, М. Мацко, М. Прищак [12], можна сформувати підґрунтя для комплексного вивчення психічних властивостей особистості важкопоранених комбатантів за такими основними напрямами:

1. *Когнітивна адаптація.* Доцільно досліджувати вплив тяжкого поранення та його наслідків на когнітивні функції, здатність до прийняття рішень, концентрацію уваги та адаптацію до нових життєвих умов.

2. *Емоційна регуляція та вплив травматичного досвіду.* Важливо визначати характер впливу травми на емоційну сферу особистості, аналізувати використовувані механізми подолання стресу та встановлювати чинники, що сприяють їх ефективному застосуванню.

3. *Соціальна підтримка та реабілітація.* Необхідно досліджувати вплив сімейного середовища, найближчого соціального оточення та доступності реабілітаційної допомоги на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

На основі зазначених теоретичних положень було проведено власне емпіричне дослідження, результати якого засвідчили наявність змін у психологічних властивостях важкопоранених комбатантів. Основні виявлені зміни систематизовано в табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Зміни психологічних властивостей після важкого поранення комбатантів

№ п/п	Психологічні властивості	Можливі зміни після важкого поранення	Вплив на функціонування
1.	Темперамент	1. Підвищена імпульсивність, раптові спалахи гніву. 2. Надмірна замкнутість, емоційна відстороненість. 3. Підвищена чутливість до зовнішніх подразників (голосні звуки, зміни в середовищі)	1. Ускладнює соціальні контакти. 2. Соціальна ізоляція. 3. Зниження стресостійкості

Продовження табл. 1.5

№ п/п	Психологічні властивості	Можливі зміни після важкого поранення	Вплив на функціонування
2.	Характер	1. Відчуженість, зниження соціальної активності. 2. Зміна світогляду, переосмислення життєвих цінностей. 3. Розвиток стійкості, рішучості та внутрішньої сили	1. Погіршення міжособистісних стосунків. 2. Переосмислення ролі, мотивації. 3. Покращує адаптацію
3.	Здатності	1. Адаптація до фізичних обмежень (використання протезів, допоміжних засобів). 2. Труднощі з концентрацією уваги та запам'ятовуванням. 3. Потреба у когнітивній та психологічній реабілітації. 4. Обмеження у соціальній взаємодії та професійній діяльності	1. Часткова втрата функціональності. 2. Зниження пізнавальних функцій. 3. Загальна потреба у підтримці. 4. Соціальна дезадаптація

Темперамент особистості як один із базових психофізіологічних компонентів може зазнавати змін у характері своїх проявів під впливом тривалого стресу та значних фізичних навантажень. На динамічність темпераменту в умовах життєвих викликів, зокрема, вказує М. Мацко [12, с. 5]. Це дає підстави для подальшого осмислення механізмів адаптації особистості до впливу екстремальних чинників зовнішнього середовища. Залежно від індивідуально-психологічних особливостей та характеру отриманих травм у важкопоранених комбатантів можуть спостерігатися різні форми емоційного реагування. Зокрема, в одних осіб підвищується імпульсивність і схильність до раптових та інтенсивних спалахів гніву, що може бути пов'язано з постійною внутрішньою напругою, больовим синдромом, пережитим стресом і травматичним бойовим досвідом. В інших, навпаки, може посилюватися замкнутість, знижуватися емоційна відкритість і виникати тенденція до обмеження соціальних контактів. Така поведінка може виконувати захисну функцію, спрямовану на збереження контролю над власним емоційним станом в

умовах тривалого стресового навантаження. За результатами спілкування з важкопораненими комбатантами виявлено, що значна частина з них характеризується підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів, зокрема до гучних звуків, різких змін навколишнього середовища та незвичних ситуацій. Така реактивність може бути пов'язана з підвищеною настороженістю та збереженням психофізіологічної готовності до потенційної загрози, сформованої внаслідок бойового досвіду. Як засвідчує аналіз результатів дослідження Д. Шапошник-Домінської, травматичні події, що активізують адаптаційні механізми організму, можуть зумовлювати трансформацію способів емоційного та поведінкового реагування особистості, які за несприятливих умов здатні набувати непродуктивного або деструктивного характеру [112, с. 74].

До проблеми трансформації характерологічних особливостей військовослужбовців зверталися українські та іноземні дослідники (В. Гюго, О. Карась, К. Кротюк, Н. Павлик, Д. Сохадзе, Д. Швець та ін.) [82; 105]. У їхніх працях основну увагу зосереджено на з'ясуванні впливу військової служби, бойового досвіду та стресових ситуацій на особистість військовослужбовця, його поведінку, психоемоційний стан і здатність до адаптації до мирного життя після завершення служби. Аналіз наукових праць дає підстави стверджувати, що тяжкі поранення можуть істотно впливати на характерологічні особливості важкопоранених комбатантів, зокрема на способи реагування на стрес, особливості міжособистісної взаємодії та адаптаційні можливості. У деяких випадках пережитий травматичний досвід може супроводжуватися зміною світоглядних орієнтирів, життєвих пріоритетів і характеру поведінки.

У важкопоранених комбатантів може посилюватися відчуженість, особливо за умови тривалої ізоляції під час лікування чи реабілітації. Вони можуть ставати менш відкритими до спілкування, що ускладнює взаємодію з оточенням, посилює відчуття нерозуміння з боку інших людей та породжує страх осуду. Водночас травматичний досвід не завжди спричиняє лише негативні зміни. В окремих випадках подолання наслідків тяжкого поранення може супроводжуватися посиленням рішучості, внутрішньої стійкості та мотивації до відновлення. Комбатанти можуть прагнути відновити фізичний

стан, повернутися до активної діяльності, знайти нові життєві орієнтири та бути корисними суспільству. Окремі з них виявляють готовність підтримувати інших осіб, які пережили подібний травматичний досвід, що може сприяти формуванню нового сенсу життя та позитивній переоцінці пережитого.

На основі аналізу наукових праць О. Кікінежді, М. Савчина, М. Сурякової, А. Тікан, присвячених загальним здібностям особистості [97; 170], визначено основні проблеми у розвитку та реалізації здібностей важкопоранених комбатантів, пов’язані з їхньою фізичною, когнітивною та соціальною адаптацією (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Проблеми у розвитку та реалізації здібностей важкопоранених комбатантів, пов’язані з їхньою фізичною, когнітивною та соціальною адаптацією

Проведені дослідження психологічних аспектів фізичних і когнітивних обмежень, здійснені Л. Деркач, М. Касинець, Е. Кіричевською та С. Максименком, засвідчують необхідність адаптації особистості до нових умов життєдіяльності та опанування нових способів виконання повсякденних завдань [95; 101]. Для важкопоранених комбатантів процес набуття нових навичок може передбачати:

− використання протезів;

− застосування допоміжних засобів для пересування;

− адаптацію до змін у рухових можливостях і здатності виконувати певні дії та завдання.

Аналіз змін когнітивних здібностей, проведений С. Максименком, свідчить про те, що у важкопоранених комбатантів вони можуть бути зумовлені черепно-мозковими травмами або іншими порушеннями, пов’язаними з отриманими пораненнями [31, с. 5]. Такі зміни можуть спричиняти труднощі з концентрацією уваги, запам’ятовуванням та обробкою нової інформації. Унаслідок цього комбатанти можуть стикатися з обмеженнями у сфері соціальної взаємодії та труднощами у відновленні або набутті професійних навичок.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що зазначена проблематика переважно представлена у працях вітчизняних учених, тоді як зарубіжні дослідження є менш численними. Водночас психологічні особливості важкопоранених комбатантів залишаються недостатньо комплексно дослідженими. Зокрема, виявлено обмежену кількість наукових праць, у яких ця проблематика розглядалася б системно, з урахуванням взаємозв’язку психічних процесів, психічних станів та психологічних властивостей особистості. У зв’язку з цим у межах нашого дослідження психологічні особливості важкопоранених комбатантів було розглянуто крізь призму психічних процесів, психічних станів та психологічних властивостей особистості. Такий підхід дав змогу комплексніше охарактеризувати їхні емоційні, когнітивні та соціально-психологічні

особливості, а також визначити основні труднощі, з якими вони можуть стикатися після отримання тяжких поранень. Зазначене підкреслює наукову новизну та практичну значущість дослідження для подальшого розвитку військової психології. Виявлені особливості можуть бути враховані під час удосконалення програм психологічної реабілітації, соціальної адаптації та комплексної підтримки важкопоранених комбатантів у процесі повернення до мирного життя.

1.2. Теоретичні засади соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

У сучасному світі проблема соціально-психологічної адаптації (СПА) осіб, які діяли в екстремальних умовах, набуває особливої актуальності. Це зумовлено зростанням кількості стихійних лих, міжнаціональних і внутрішніх конфліктів, що призводять до збільшення кількості постраждалих. Особи, які пережили екстремальні ситуації, становлять окрему соціальну групу, що потребує особливої уваги та спеціалізованих підходів до їхньої інтеграції в мирне життя. Одним із ключових завдань у цьому процесі є пристосування до нових умов життєдіяльності, що передбачає не лише фізичне відновлення, а й психологічну перебудову, формування нових стратегій соціальної взаємодії та визначення нових життєвих орієнтирів. Особливо складним процес адаптації є для осіб із тяжкими пораненнями, оскільки вони змушені долати фізичні наслідки травм та пов’язані з ними психологічні труднощі.

Проблематику адаптації за різними напрямами досліджували численні українські та іноземні вчені, основні результати праць яких представлено в табл. 1.6.

Таблиця 1.6

Дослідження різних напрямів адаптації українськими та іноземними вченими

№ п/п	Напрями дослідження	ПІБ українських вчених	ПІБ іноземних учених
1.	Теоретичні основи адаптації [66; 110]	О. Бондарчук, М. Заброцький, М. Блажівський, М. Єрмоленко, Г. Левківська, С. Максименко, І. І. Мигович, О. Мороз, С. Ніколаєнко, О. Ніколаєнко, Ю. Олексюк, В. Петровський, Я. Сікора, І. Соколова, В. Сорочинська, Т. Цигульська, Л. Шпак, В. Штифурак	Г. Ауберт, А. Бек, С. Джедит, Ф. Зимбордо, Ж. Ламарк, М. Лейпе, Г. Сельє, К. Роджерс, Д. Фейдимен, Р. Фрейджер, Е. Фромм, К. Юнг
2.	Психологічна та психічна адаптація [168]	О. Василенко, П. Горностай, М. Драгус, О. Зінченко, М. Лукашевич, Ю. Овод, О. Сергеєнкова, В. Синявський, Г. Циганенко, Л. Чорна, Л. Якубова	Г. Балл, А. Бек, Дж. Даллард, С. Джудит, Ф. Зимбордо, М. Лейпе, Н. Міллер, Г. Сельє, Р. Сірс, К. Роджерс, Е. Фромм, Е. Шостром
3.	Соціальна адаптація [4; 285]	К. Андросович, І. Булах, В. Васютинський, Є. Головаха, П. Горностай, В. Гриценко, О. Донченко, В. Моргун, В. Москаленко, Т. Ронгінська, В. Семиченко, О. Солодухова, П. Штомпка	С. Вільямс, Е. Гіденс, І. Гердер, С. Джозеф, Л. Калхун, Р. Лазарус, П. Лінлі, Н. Парк, К. Петерсон, Н. Поул, М. Селігман, Г. Спенсер, Р. Тедескі

Продовження табл. 1.6

№ п/п	Напрями дослідження	ПІБ українських вчених	ПІБ іноземних учених
4.	Соціально-психологічна адаптація [66; 69; 137; 162]	І. Багно, І. Бойко, Г. Волнушкіна, А. Єфімова, В. Казміренко, О. Кокун, С. Кулик, Т. Лебединська, О. Мороз, Н. Паніна, Є. Потапчук, Л. Романовська, О. Сафін, А. Тетеріна, Т. Титаренко, О. Ткачишина, Г. Хомич, А. Фурман	Р. Бенедикт, Л. Кале, Р. Лазарус, Р. Лауфер, М. Мід, Р. Моос, Н. Саркveладзе, Р. Скурфілд, В. Холл, М. Чатурведі, Я. Шефер, Т. Шибутані, Л. Філіпс, С. Фолькман
5.	Адаптація військовослужбовців [15; 40; 284]	О. Безпалько, Є. Гузенок, Н. Грабовенко, І. Овдій, П. Корчемний, Л. Коробка, К. Куркова, Л. Луценко-Миськів, І. Матюшенко, Н. Мирошніченко, Н. Синюк, В. Тесленко, О. Тімченко, М. Тютюнник	С. Джозеф, Л. Калхун, П. Лінлі, Н. Парк, К. Петерсон, Ж. Піаже, Н. Поул, М. Селігман, Р. Тедескі

У науковій літературі представлено різні аспекти соціально-психологічної адаптації, зокрема її теоретичні засади, психологічні, соціальні та соціально-психологічні складові, а також специфіку адаптації військовослужбовців. Це свідчить про міждисциплінарний характер проблематики та необхідність інтеграції наукових підходів і знань із різних галузей.

З огляду на багатовимірність і значну дослідженість проблеми соціально-психологічної адаптації у цьому огляді представлено лише частину науковців, праці яких мають вагоме значення для її вивчення. Водночас наукова література містить значний масив інших досліджень, які можуть

становити основу для подальшого аналізу окремих аспектів соціально-психологічної адаптації.

Поняття адаптації тривалий час є предметом наукового дослідження та охоплює фізіологічні, соціальні й психологічні аспекти функціонування особистості. У працях М. Блажівського, М. Єрмоленка, С. Максименка, Ю. Олексюка, Я. Сікори, В. Сорочинської та ін. українських дослідників [26; 190; 329] категорія «адаптація» розглядається як одна з ключових у соціально-психологічних науках і використовується у взаємозв'язку з поняттями «соціалізація», «управління», «регуляція», «індивідуалізація», «інтеграція», «пристосування» тощо. Зазначені категорії є взаємопов'язаними, оскільки адаптація особистості безпосередньо пов'язана з процесами соціального пристосування, регуляції поведінки та її інтеграції в суспільство.

У працях іноземних дослідників, зокрема А. Бека, Ж. Ламарка, К. Роджерса, Д. Фейдимена, Р. Фрейджера [374; 400; 448], поняття «адаптація» трактується як процес пристосування особистості до змінюваних умов середовища. При цьому наголошується на багатокомпонентності та різноманітності форм її прояву. Водночас окремі аспекти механізмів адаптації та особливостей їх функціонування в умовах значних життєвих змін потребують подальшого наукового дослідження.

Аналіз сучасних наукових досліджень свідчить, що в психології адаптація розглядається крізь призму закономірностей виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ. Вона є важливою категорією для розуміння функціонування психіки та свідомості людини. Дослідники розглядають адаптацію в межах різних наукових підходів, що відображають особливості функціонування психіки та взаємодії особистості з навколишнім середовищем (Р. Фрейджер, Д. Фейдимен, Т. Ф. Цигульська, К. Г. Юнг та ін.) [459 та ін.]. Вивчення психологічних концепцій адаптації має важливе значення для розуміння механізмів цього процесу та особливостей його перебігу в різних життєвих ситуаціях.

У психологічній науці М. Лукашевич, Ю. Овод, О. Сергеєнкова, І. Соколова, В. Сорочинська розглядають адаптацію як процес пристосування особистості до умов соціального середовища та діяльності, що охоплює фізіологічні, психічні й соціальні реакції, спрямовані на забезпечення її функціонування в змінених умовах [284 та ін.]. У межах психологічного підходу до вивчення адаптації виокремлюють кілька концептуальних напрямів, представлених у працях Ф. Зимбардо, М. Лейпе, Я. Сікори, Т. Цигульської, Д. Фейдимена [363; 413 та ін.], які систематизовано в табл. 1.7.

Таблиця 1.7

Наукові підходи до аналізу поняття «адаптація»

Назва підходу	Характеристика підходу	Ключові елементи підходу
Біофізіологічний	Базується на розумінні адаптації як процесу підтримання відповідності організму до змін навколишнього середовища. Охоплює фізіологічні, біологічні, екологічні та хімічні аспекти адаптації – реакції на зміни температури, атмосферного тиску, рівня освітлення та інших факторів. Відповідно адаптація відбувається через зміни в будові організму та функціонуванні його систем	Фізіологічні та біологічні реакції; зміни у будові та функціонуванні організму; екологічні та хімічні фактори
Психологічний	Розглядається як формування індивідуального стилю діяльності та поведінки відповідно до умов середовища, що включає: 1. Входження особистості у соціальні групи та пристосування до їхніх норм і цінностей. 2. Діалектичну єдність діяльнісних та соціально-психологічних відносин між суб'єктом адаптації та соціальним середовищем. 3. Набуття, закріплення та розвиток умінь і навичок міжособистісного спілкування	Входження в соціальні групи; пристосування до норм і цінностей; розвиток комунікативних навичок

Продовження табл. 1.7

Назва підходу	**Характеристика підходу**	**Ключові елементи підходу**
Інформаційно-комунікативний	Розкриває адаптацію як процес зміни структури або функцій системи через отримання та обробку інформації і включає: 1. Пошук, сприйняття та переробку нової інформації. 2. Зміни поведінкових стратегій відповідно до змінених умов діяльності. 3. Використання керуючих впливів для досягнення оптимального стану при недостатній апріорній інформації	Пошук і сприйняття інформації; зміна поведінкових стратегій; керуючі впливи при нестачі інформації
Соціальний	Досліджує адаптацію людини як процес соціалізації та пристосування до виконання певних соціальних ролей. Соціальна адаптація включає прийняття цінностей суспільства, норм поведінки, формування професійної та особистісної ідентичності	Прийняття соціальних цінностей і норм; формування професійної ідентичності; інтеграція у суспільство
Когнітивний	Базується на концепції адаптації Ж. Піаже, який розглядав її як процес взаємодії між асиміляцією (інтеграцією нової інформації у вже наявні когнітивні структури) та акомодацією (зміною наявних схем мислення під впливом нових умов). Підхід пояснює, як індивід адаптується до нових ситуацій шляхом модифікації своєї поведінки та мислення	Асиміляція – інтеграція нової інформації; акомодація – зміна схем мислення; модифікація поведінки та мислення

Таким чином, адаптація є багатовимірним процесом, що включає фізіологічні, когнітивні, соціальні та інформаційні механізми пристосування особистості до навколишнього середовища. Кожен із підходів доповнює загальне розуміння адаптації, забезпечуючи комплексний погляд на цей феномен.

Українські й іноземні науковці (Г. Балл, А. Бек, О. Василенко, П. Горностай, Дж. Даллард, О. Зінченко, М. Лейпе, Г. Сельє, Г. Циганенко, Л. Чорна, Е. Фромм, Е. Шостром та ін.) [70; 129; 329; 347; 367; 388 та ін.] досліджують психологічну адаптацію як процес активного пристосування особистості до умов навколишнього середовища, спрямований на досягнення оптимального співвідношення між потребами особистості та вимогами середовища, що сприяє підтриманню емоційної стабільності та ефективному функціонуванню. На основі аналізу їхніх наукових підходів виокремимо основні концептуальні напрями розуміння психологічної адаптації (рис. 1.5).

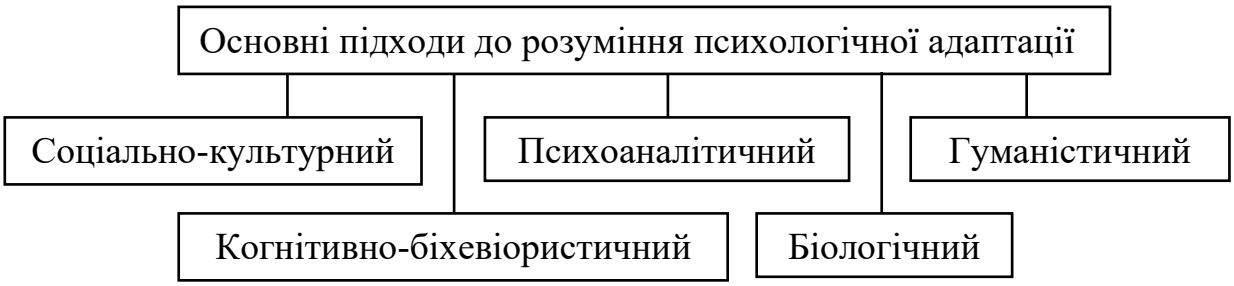


Рис. 1.5. Ключові підходи до розуміння психологічної адаптації в працях українських та іноземних науковців

Біологічний підхід до адаптації, який розглядає цей процес як природний механізм виживання, зумовлений еволюційними змінами та фізіологічними особливостями людини, детально представлено у працях А. Бека [367, с. 159]. Психоаналітична концепція, що акцентує увагу на внутрішніх конфліктах і психологічних механізмах захисту, які сприяють пристосуванню особистості до умов навколишнього середовища, висвітлена у дослідженнях П. Горностая [70, с. 118]. Когнітивно-біхевіористський підхід, у межах якого адаптація пояснюється через процеси навчання, набуття нових моделей поведінки та розвиток когнітивної гнучкості, представлений у працях Е. Шострома [347]. Розуміння адаптації як процесу самореалізації та особистісного зростання характерне для гуманістичної парадигми, представленої, зокрема, у працях Дж. Даллард [388]. Соціокультурний підхід, що підкреслює роль соціального середовища, традицій і культурних норм у формуванні адаптивних механізмів, висвітлено у наукових працях Г. Циганенка [330, с. 65].

У психологічних словниках України представлено визначення та характеристику поняття «адаптація» з позицій психологічної науки. У них адаптацію розглянуто як процес взаємодії особистості з навколишнім середовищем, під час якого вона враховує його особливості та водночас активно впливає на нього з метою задоволення основних потреб і реалізації значущих цілей [249, с. 11]. Також адаптація трактується як процес організації людиною власних емоцій, думок і почуттів відповідно до різних життєвих ситуацій [233, с. 13], а також як пошук і застосування ефективних способів та засобів задоволення основних потреб особистості, зокрема потреб у безпеці, їжі, сні та відпочинку, прийнятті й любові, визнанні та повазі, самовираженні, самоствердженні та розвитку [337, с. 9].

Розмежування понять «психічна адаптація» та «психологічна адаптація» зумовлене відмінностями у фокусі їх розгляду та змістовому наповненні адаптаційних процесів. Ці відмінності висвітлено у працях М. Драгуса та В. Синявського, які виокремлюють зазначені поняття та розкривають їх специфіку [149; 249] (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Співвідношення понять «психічна адаптація» та «психологічна адаптація» (за М. Драгусом і В. Синявським)

Таким чином, поняття «психічна адаптація» переважно зосереджене на внутрішніх, індивідуально-психологічних аспектах пристосування особистості, тоді як «психологічна адаптація» охоплює процес взаємодії людини з навколишнім середовищем, зокрема її пристосування до соціальних, культурних та міжособистісних вимог.

В умовах динамічних соціальних змін і інформаційного впливу психологічна адаптація набуває особливої значущості для підтримки психічного здоров'я, що знайшло відображення у роботах О. Зінченка, Л. Чорної та Л. Якубової [152, с. 68]. Особливого значення набуває здатність особистості адаптуватися до стресогенних умов, зокрема воєнних дій, змін у приватному житті та професійній діяльності.

Адаптаційні механізми, за визначенням Р. Сірса, спрямовані на зниження рівня стресу, формування ефективних стратегій подолання труднощів та активізацію внутрішніх ресурсів, необхідних для стабілізації емоційного стану особистості [168, с. 71].

Отже, психологічна адаптація є багатогранним процесом, що охоплює взаємопов'язані біологічні, психологічні та соціокультурні аспекти життєдіяльності людини. Розуміння механізмів психологічної адаптації та формування ефективних адаптаційних стратегій є важливою передумовою забезпечення повноцінного функціонування особистості в умовах постійних змін і викликів сучасного суспільства.

Психічна та психологічна адаптація тісно пов'язані із соціальною адаптацією, оскільки процеси пристосування особистості до нових умов життєдіяльності та навколишнього середовища неможливо розглядати без урахування соціальних чинників. У зв'язку з цим актуальним є виокремлення та характеристика поняття «соціальна адаптація», проблематиці якого присвячено значну кількість праць українських і іноземних учених, зокрема К. Андросович, І. Булах, С. Вільямс, Е. Гіденса, Є. Головахи, О. Донченко, В. Моргуна, Н. Парка, К. Петерсон, Н. Поула, Р. Тедескі та ін. [10; 69 та ін.].

За визначенням О. Донченко, соціальна адаптація є процесом пристосування індивіда до соціального середовища [69, с. 208]. Етимологічно термін «адаптація» походить від латинського adaptatio – «пристосування», а socialis – «суспільний». На основі досліджень процесів пристосування особистості до соціального середовища та їхніх наслідків О. Донченко виокремлює такі характеристики соціальної адаптації:

− полягає у формуванні в процесі розвитку індивіда соціальної поведінки, узгодженої з поведінкою інших людей;

− спрямована на встановлення стійких і самостійних соціальних зв'язків між людьми та групами;

− включає дотримання особою соціальних норм – вимог, що історично визначаються суспільними умовами і регулюють діяльність та взаємодії між індивідами, групами та інститутами, відображаючи суспільну потребу в організації діяльності і стосунків згідно з об'єктивними умовами.

У наукових працях інших дослідників (К. Андросович, В. Васютинського, В. Москаленко, Н. Парка, Г. Спенсера) [181 та ін.] соціальна адаптація визначається як процес, у межах якого індивід або соціальна група пристосовуються до змінюваних умов соціального середовища з урахуванням взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Вона характеризує здатність особистості інтегруватися в систему суспільних відносин, засвоювати соціальні норми та функціонувати в межах соціальних структур, реагуючи на зміни навколишнього середовища.

Американські психологи Н. Поул та М. Селігман наголошують, що соціальна адаптація не зводиться до пасивного наслідування чи пристосування до визначених умов, а передбачає активну діяльність особистості, у процесі якої вона не лише сприймає впливи зовнішнього середовища, а й змінює його відповідно до власних потреб і соціальних вимог [437 та ін.]. Отже, соціальна адаптація має не лише пристосувальний, а й перетворювальний характер, забезпечуючи взаємний вплив особистості та

соціального середовища та сприяючи їхньому розвитку відповідно до нових суспільних умов.

Соціальна адаптація тісно пов'язана з біологічними та соціальними процесами, а її характер і форми прояву змінюються залежно від рівня розвитку цивілізації, матеріальної та духовної культури суспільства. Важливі положення щодо соціальної адаптації, яка відображає взаємозв'язок і суперечності між людиною та природним середовищем, а також міжособистісні й суспільні взаємодії, сформульовано за результатами досліджень І. Кона, А. Парсонса та Н. Смелзера [451 та ін.]. У цьому контексті взаємозв'язок біологічної та соціальної адаптації є важливою складовою розуміння адаптаційних процесів.

Соціальна адаптація може реалізовуватися в різних формах. Зокрема, П. Штомпка характеризує одну з них як соціальну мімікрію – здатність особистості імітувати соціальні норми та моделі поведінки з метою досягнення бажаного результату або забезпечення власної безпеки [450]. Водночас Т. Ронгінська критично розглядає це явище як один із проявів адаптаційного процесу, у межах якого індивід може наслідувати певні соціальні ролі задля збереження власного становища в суспільстві [231, с. 174].

Враховуючи різноманітність підходів до розуміння соціальної адаптації, І. Гердер, С. Джозеф, Л. Калхун, Р. Лазарус та Р. Тедескі виокремлюють два основні рівні цього процесу, які представлено на рис. 1.7 [424; 457 та ін.].



Рис. 1.7. Основні рівні соціальної адаптації за підходами І. Гердера, С. Джозефа, Л. Калхуна, Р. Лазаруса та Р. Тедескі

Отже, аналіз наукових праць українських й іноземних учених дає підстави стверджувати, що соціальна адаптація є багатогранним і складним процесом, який забезпечує інтеграцію особистості або соціальної групи в соціальне середовище, створюючи можливості не лише для пристосування до його умов, а й для активного їх перетворення відповідно до власних потреб та суспільних вимог.

Результати проведеного дослідження зумовлюють необхідність комплексного розгляду понять «психологічна адаптація» та «соціальна адаптація», оскільки вони перебувають у тісному взаємозв'язку та взаємодоповнюють одне одного. У зв'язку з цим доцільно виокремити поняття «соціально-психологічна адаптація», яке відображає комплексний процес пристосування особистості одночасно до умов соціального середовища та власних психологічних змін, зумовлених взаємодією з ним.

У наукових працях, зокрема в дослідженнях І. Бойка, Ф. Березіна, В. Казміренка, Л. Кале, О. Кокуна, М. Міда, Т. Титаренко, О. Ткачишиної та Я. Шефера [300; 307 та ін.], соціально-психологічна адаптація визначається як процес і результат активного пристосування особистості до змінених умов життєдіяльності з використанням різноманітних соціальних засобів, зокрема дій, вчинків та діяльності.

Відповідно до наукового підходу А. Фурмана соціально-психологічна адаптація розглядається на двох рівнях [424, с. 5]:

1) як процес на рівні суб'єкта;

2) як результат на рівні особистості.

Процесуальний аспект цього явища пов'язаний із його часовими характеристиками, зокрема тривалістю стадій адаптації, а також охоплює різні її форми – від соціальної до психофізіологічної, що відображено в дослідженнях Р. Лауфера, Р. Мооса та Н. Саркveладзе [371; 438 та ін.].

Результативний аспект адаптації використовується для оцінювання успішності адаптаційних процесів загалом. На думку О. Мороз, Н. Паніної та

Л. Романовської, він є одним із ключових критеріїв у більшості наукових підходів до дослідження адаптації, зокрема під час аналізу її протилежних проявів – адаптації та дезадаптації [229].

Дослідження іноземних науковців М. Чатурведі, Я. Шефера та Т. Шибутані підтверджують, що адаптація має соціально-психологічну природу, оскільки її перебіг і результати залежать як від зовнішніх, так і від внутрішніх чинників [377; 398]. Учені розглядають адаптацію крізь призму трьох основних аспектів, які представлено на рис. 1.8.

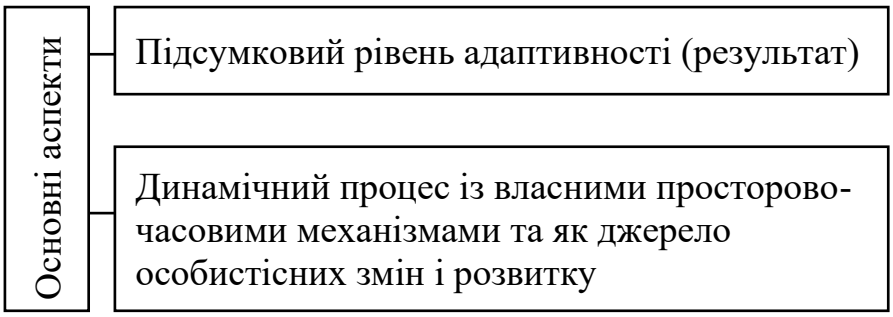


Рис. 1.8. Основні аспекти соціально-психологічної адаптації (за М. Чатурведі, Я. Шефером, Т. Шибутані)

Процесуальний та результативний аспекти розглядаються як центральні компоненти адаптації, що, за твердженням Р. Скурфілда, дозволяють комплексно оцінити як хід, так і наслідки адаптаційних змін [377, с. 1001]. Внутрішні особистісні новоутворення формуються в межах цих аспектів і згодом стають новими рівнями адаптації.

Повноцінна адаптація, що передбачає пристосування до зовнішнього середовища, активну зміну особистості та її самокорекцію відповідно до вимог цього середовища, є предметом дослідження В. Холла, який акцентує увагу на комплексному характері зазначеного процесу [457, с. 98]. Отже, соціально-психологічна адаптація не зводиться до пасивного прийняття цінностей і норм соціального середовища, а передбачає активну зміну особистістю власних установок, поведінки та способів взаємодії з ним.

Проблематика соціально-психологічної адаптації представлена в межах різних наукових підходів, сформованих А. Адлером, Г. Баллом, І. Візнюк,

Ж. Вірною, Е. Еріксоном, Дж. Келлі, Г. Костюком, А. Маслоу, А. Налчаджяном, К. Роджерсом, В. Роменцем, Б. Скіннером, Е. Толменом, Е. Фроммом, О. Фурманом, К. Халлом та іншими дослідниками [60; 319; 326; 398]. Основні положення цих підходів представлено в табл. 1.8.

Таблиця 1.8

Наукові підходи до проблеми соціально-психологічної адаптації

№ п/п	Назва підходу	Представники підходу	Характеристика підходу
1.	Діяльнісний підхід [60]	Г. Костюк	Адаптація людини пов'язана з її діяльністю (робота, навчання, спілкування). Визначається такими чинниками, як рівень інтеграції в соціум, ступінь самореалізації й емоційний стан. Відповідно до цього підходу, дослідник виокремлює чотири рівні адаптованості: 1) надмірний; 2) оптимальний; 3) низький; 4) дезадаптативний
2.	Концепція адаптивної спрямованості особистості [60]	В. Петровський	Особистість або пристосовується до світу, або змінює його під власні потреби
3.	Когнітивний підхід [326]	Дж. Келлі	Адаптація проявляється у відсутності відчуття загрози, а дезадаптація – у виражених емоційних переживаннях
4.	Концепція двох механізмів адаптації [365]	Ж. Піаже	Акомодація – людина змінює свою поведінку відповідно до середовища. Асиміляція – людина модифікує середовище відповідно до власних потреб
5.	Біхевіористичний підхід [365]	Б. Скінер, Е. Толмен, К. Халл	Соціально-психологічна адаптація є станом гармонії між потребами людини та вимогами середовища або процесом досягнення цієї гармонії

Продовження табл. 1.8

6.	Психоаналітичний підхід [398]	З. Фройд, Г. Гартман, О. Феніхель, А. Фрейд	Адаптація відбувається шляхом подолання внутрішніх суперечностей між Ід, Его та Супер-Его. Вона може здійснюватися у двох формах: алопластичній, за якої особистість змінює або пристосовує зовнішнє середовище до власних потреб, та аутопластичній, за якої особистість змінює себе відповідно до вимог середовища
7.	Індивідуальний підхід [365]	А. Адлер	Адаптація пов'язана з подоланням комплексу неповноцінності та самовдосконаленням протягом життя
8.	Епігенетична концепція [326]	Е. Еріксон	Вирішення внутрішньоособистісних конфліктів через досягнення гармонії, а не шляхом захисних механізмів
9.	Гуманістичний підхід [398]	А. Маслоу, К. Роджерс, Е. Фромм	Розвиток позитивних особистісних рис та прагнення до самореалізації
10.	Теорія соціальної рівноваги [398]	Г. Бал	Пристосування до середовища, встановлення гармонійної взаємодії з ним
11.	Психологія вчинку [60]	В. Роменець	Соціальна природа людини зумовлює її потребу у взаємодії з іншими для досягнення самодостатності
12.	Ціннісно-смисловий підхід [365]	Ж. Вірна	Адаптація залежить від ціннісних орієнтацій особистості та її соціальної зрілості
13.	Культурологічний підхід [60]	І. Візнюк	Адаптація пов'язана з рівнем особистісної культури та професійного розвитку
14.	Концепція самосвідомості [326]	А. Налчаджян, К. Роджерс, О. Фурман	Взаємозв'язок самосвідомості та соціального адаптування є ключовим для успішної адаптації особистості

Підходи, розроблені українськими та іноземними вченими, засвідчують багатогранність соціально-психологічної адаптації, акцентуючи увагу на взаємодії особистості із соціальним середовищем, її когнітивних процесах, поведінкових реакціях, внутрішніх суперечностях, ціннісних орієнтаціях та особливостях соціальної взаємодії.

Аналіз наукової літератури дає підстави розглядати адаптацію як складний і багатовимірний процес, що охоплює взаємопов'язані психологічні та соціальні аспекти життєдіяльності особистості. Дослідження цих аспектів є важливим для розуміння механізмів пристосування людини до змінюваних умов життя та визначення чинників, які сприяють або перешкоджають її повноцінному функціонуванню в нових умовах.

Водночас детальний аналіз наукових праць засвідчив наявність значної кількості досліджень психологічної, соціальної та соціально-психологічної адаптації різних категорій осіб. Проте особливості СПА саме важкопоранених комбатантів залишаються недостатньо дослідженими, що зумовлює необхідність подальшого наукового опрацювання цієї проблематики.

На основі окреслених понять адаптації, виникає необхідність ввести нове поняття як: «соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів», яке б узагальнювало особливості адаптаційного процесу цієї категорії осіб.

Звернення до наукових праць таких дослідників, як О. Безпалько, Є. Гузенок, Н. Грабовенко, І. Овдій, П. Корчемного, Л. Коробки, К. Куркової, П. Лінлі, Н. Парк, К. Петерсона, Ж. Піаже, Н. Поула та ін. [15; 149; 348; 380 та ін.], дає змогу поглибити розуміння соціально-психологічної адаптації важкопоранених військовослужбовців. У межах зазначених досліджень розглядаються особливості переживання травматичного досвіду, подолання посттравматичного стресу на індивідуальному та груповому рівнях, трансформації сприйняття власного життя, а також процеси відновлення соціальних зв'язків і реінтеграції в суспільство.

Дослідження Ж. Піаже та К. Петерсона мають значення для розуміння змін когнітивної та емоційної сфер особистості під впливом травматичного досвіду [348]. У цьому контексті важливого значення набувають збереження та відновлення соціальних зв'язків, міжособистісна взаємодія, а також індивідуальні й групові форми психологічної допомоги.

Водночас праці Н. Поула та П. Лінлі зосереджені на особливостях адаптації особистості після переживання сильних стресових ситуацій, зокрема представників військового середовища. Дослідники акцентують увагу на значенні внутрішніх ресурсів особистості, стратегій самодопомоги та соціальної підтримки як чинників успішного подолання наслідків травматичного досвіду й пристосування до змінених умов життєдіяльності [380].

Узагальнення наведених наукових підходів дає підстави визначити соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів як процес і результат активного пристосування особистості до змінених соціальних та психологічних умов життєдіяльності після отримання бойової травми. Такий процес охоплює подолання наслідків фізичних і психологічних ушкоджень, відновлення або формування нових соціальних зв'язків і ролей, трансформацію особистісних установок та переконань, а також мобілізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів для відновлення повноцінної життєдіяльності.

Зважаючи на проведений аналіз наукової літератури українських й іноземних науковців, питання СПА важкопоранених є актуальним і потребує подальшого наукового аналізу.

Соціально-психологічна адаптація важкопоранених є складним процесом, що охоплює соціальні, психологічні та біологічні теорії. Незважаючи на наявність численних досліджень з адаптації особистості в екстремальних умовах, спеціалізованих теорій, що пояснюють СПА важкопоранених, не виявлено. Однак наявні концепції можуть бути адаптовані для аналізу цього явища.

На основі аналізу соціальних теорій адаптації військовослужбовців, представлених у працях іноземних (К. Блевінса, П. Бурдьє, Т. Вайта, Л. Годьєр, Е. Джонса, К. Ельнітскі, Н. Каддік, Р. Корнума, М. Меттюса, Р. Моріна, М. Селігмана, М. Фішера, М. Фоссея та ін.) [365; 377 та ін.] і українських (А. Артеменко, К. Балан, К. Батаєвої, О. Блінової, Є. Голубєва, А. Грись, О. Деменко, П. М'ясоїда, Н. Максимової, В. Поліщук та ін.) [10; 65,; 84; 168; 167; 216 та ін.] психологів і соціологів, сформовано авторський підхід до розуміння соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Його основу становить комплексне поєднання положень щодо психологічної реабілітації, відновлення соціальних зв'язків, реінтеграції в суспільство та формування нових стратегій життєдіяльності після пережитих бойових травм.

На рис. 1.9 представлено ключові соціальні теорії, положення яких застосовуватимуться до дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

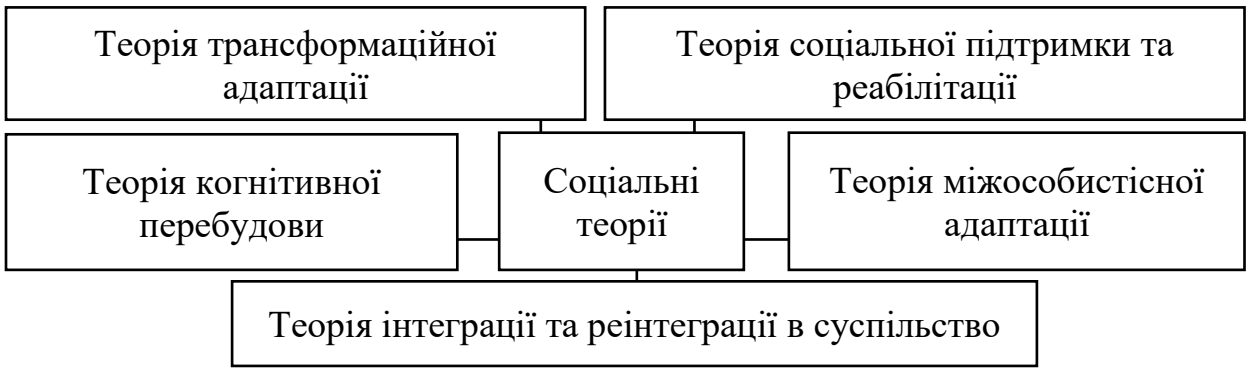


Рис. 1.9. Соціальні теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Теорія трансформаційної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів сформована на основі аналізу наукових положень і результатів досліджень К. Балан, у яких висвітлено проблеми соціалізації особистості в умовах війни та особливості її соціально-психологічної трансформації [216, с. 63]. Узагальнення положень, представлених у її наукових працях, дає підстави розглядати соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів як складний і

багатовимірний процес особистісних та соціальних трансформацій, зумовлених пережитою бойовою травмою.

У процесі такої адаптації важкопоранені комбатанти:

− переосмислюють власну роль у суспільстві та місце в системі соціальних взаємодій;

− пристосовуються до змінених умов життєдіяльності, зумовлених наслідками поранення;

− трансформують соціальні ролі, професійні можливості та соціальну ідентичність.

Згідно із запропонованим підходом, соціально-психологічна адаптація є тривалим процесом подолання наслідків травматичного досвіду, що супроводжується глибокою трансформацією особистості, переосмисленням власних можливостей, соціальних ролей та життєвих перспектив.

Дослідження трансформаційної адаптації важкопоранених комбатантів спирається на внесок багатьох інших науковців, які розглядали різні аспекти цього процесу: М. Селігман заклав основу для розуміння психологічного стану ветеранів через концепцію «набутої безпорадності», що пояснює їхню демотивацію після травми [349, с. 1618]; К. Ельнітскі, Л. Купер, Р. Корнум досліджували психологічну стійкість військових, зокрема реакції на бойовий стрес і травму [380; 390]; Н. Каддік вивчала наслідки травми для соціальної адаптації військовослужбовців [396, с. 51], а М. Меттюс аналізував процеси адаптації до бойових травм [424, с. 6]; Е. Джонс вивчав когнітивний дисонанс і його вплив на заперечення травматичних змін [429, с. 2100]; П. Бурдьє розглядав зміну соціальних ролей [438, с. 223], а Т. Вайт акцентував увагу на самооцінці у процесі прийняття нової реальності [457, с. 101]; К. Блевінс досліджував механізми соціальної підтримки ветеранів [377, с. 1004]. Усі ці наукові підходи лягли в основу виділення ключових етапів трансформаційної теорії адаптації комбатантів після тяжких поранень:

І етап – шок і заперечення. На цьому етапі важкопоранені комбатанти можуть переживати:

− психологічний шок, що супроводжується запереченням факту отримання тяжкого поранення та його можливих наслідків. Заперечення у цьому випадку може виконувати функцію психологічного захисного механізму, що дає змогу тимчасово зменшити інтенсивність негативних переживань і полегшити сприйняття травматичної ситуації;

− труднощі з прийняттям змін, пов’язаних із фізичними обмеженнями, зміною способу життя, професійних можливостей та соціальних ролей;

− невизначеність щодо подальшого життя, можливості відновлення попереднього способу життєдіяльності та перспектив повернення до активного соціального функціонування.

ІІ етап – період травматичних переживань. Цей етап характеризується поглибленим усвідомленням наслідків отриманого поранення та супроводжується:

− боротьбою з наслідками поранення, що охоплює складний процес фізичного й психологічного відновлення, зокрема подолання проявів посттравматичного стресового розладу, тривожності, депресивних станів та втрати сенсу життя;

− відчуттям втрати або суттєвої зміни звичних соціальних ролей, зокрема ролі захисника, професійно активної та фізично спроможної людини, лідера тощо;

− травматичним сприйняттям власного «Я», що може виявлятися у зниженні самооцінки, негативному сприйнятті власного тіла та можливостей, відчутті неповноцінності, що створює додаткові психологічні бар’єри на шляху до адаптації.

ІІІ етап – початок реінтеграції в нову реальність. На цьому етапі відбувається поступове прийняття змін та відновлення взаємодії із соціальним середовищем, що виявляється у:

− психологічному прийнятті нових умов життєдіяльності, зокрема змін фізичного стану, функціональних можливостей і соціального становища, а

також усвідомленні того, що відновлення потребує одночасних фізичних і психологічних зусиль;

− трансформації самооцінки та соціальних зв'язків, що передбачає переосмислення соціальної ідентичності, власних можливостей і соціальних ролей у сім'ї, професійному середовищі та громаді;

− формуванні нових соціальних ролей, відповідних актуальним можливостям і потребам особистості. Це може відбуватися через професійну перекваліфікацію, волонтерську діяльність, участь у громадських ініціативах, допомогу іншим ветеранам та інші форми суспільної активності.

Теорію соціальної підтримки та реабілітації сформовано на основі аналізу наукових підходів до соціалізації, адаптації та соціальної роботи, у межах яких досліджуються механізми включення особистості в систему суспільних відносин та її пристосування до змінених умов життєдіяльності. Зокрема, Т. Парсонс розглядає соціалізацію як процес засвоєння індивідом соціальних норм і цінностей, що забезпечує його інтеграцію в соціальну систему [375, с. 292]. Дослідження Дж. Міда акцентують увагу на впливі соціального середовища на формування особистості, підкреслюючи ключову роль комунікативної взаємодії у становленні «Я-концепції» [463, с. 731]. В. Москаленко визначає соціальну адаптацію як динамічний процес, який реалізується через взаємодію індивіда із соціальними групами та інститутами [180, с. 136]. Дослідження в цій галузі підкреслюють важливість соціальних механізмів у процесі адаптації та СР, що є ключовими аспектами у формуванні нової соціальної теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Теорія соціальної підтримки та реабілітації полягає у тому, що соціальна підтримка є чинником успішної адаптації важкопоранених комбатантів до нових умов життя, яка включає допомогу з боку родини, друзів, соціальних працівників та державних органів, сприяє фізичному, емоційному та психологічному відновленню. У групах підтримки учасники діляться власним досвідом, отримують емоційну допомогу й практичні поради.

Основні елементи теорії соціальної підтримки та реабілітації, сформованої в межах адаптивно-соціалізаційного підходу в соціальній роботі, представлено в табл. 1.9.

Таблиця 1.9

Основні елементи теорії соціальної підтримки та реабілітації в межах адаптивно-соціалізаційного підходу в соціальній роботі

№ п/п	Назва елементу	Опис елементу	Цільові групи або/та учасники	Очікувані результати
1.	Індивідуальна підтримка	Робота з психологами допомагає подолати наслідки бойового стресу, ПТСР та інші психологічні труднощі. Застосування технік когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик тощо	Важкопоранені комбатанти, постраждалі від ПТСР, бойового стресу	Зниження рівня тривожності, покращення психологічного стану
2.	Групова підтримка	Участь у реабілітаційних програмах та групах самодопомоги, де комбатанти можуть ділитися спільними проблемами, отримувати підтримку та мотивацію від людей із подібним досвідом. Проведення зустрічей ветеранів, організація психоедукаційних тренінгів і залучення до програм професійної перекваліфікації	Ветерани, учасники бойових дій, члени родин	Підвищення мотивації, соціальна підтримка, розвиток навичок

Продовження табл. 1.9

№ п/п	Назва елементу	Опис елементу	Цільові групи або/та учасники	Очікувані результати
3.	Соціальні зв’язки	Зміцнення родинних відносин через консультування сімей важкопоранених для зменшення напруги й покращення комунікації, підтримка волонтерських організацій, громадських ініціатив та ветеранських спільнот з метою соціальної адаптації комбатантів	Сім’ї важкопоранених, волонтери, громадські ініціативи	Зміцнення сімейних відносин, соціальна інтеграція
4.	Соціальна інклюзія	Створення інклюзивних умов у сфері освіти, працевлаштування та дозвілля, забезпечення адаптації інфраструктури для людей з інвалідністю, стимулювання професійного розвитку через освітні програми, курси та підтримку підприємницьких ініціатив ветеранів	Люди з інвалідністю, ветерани, суб’єкти професійної адаптації	Рівний доступ до ресурсів, самореалізація, економічна незалежність

Соціальна підтримка та реабілітація є важливими чинниками відновлення важкопоранених комбатантів, сприяючи підвищенню їхньої психологічної стійкості, відновленню соціальних зв’язків, формуванню нових соціальних ролей та повноцінній інтеграції в суспільство.

Теорія когнітивної перебудови сформована в межах когнітивно-біхевіорального підходу та ґрунтується на положеннях когнітивної терапії А. Бека, який досліджував вплив негативних автоматичних думок на емоційний

стан і поведінку особистості та розробив підходи до їх виявлення й корекції. Важливе значення для розвитку цього напряму має також раціонально-емоційна поведінкова терапія А. Елліса, відповідно до якої заміна ірраціональних переконань на більш адаптивні сприяє зниженню рівня психологічного напруження та підвищенню ефективності прийняття рішень [16, с. 311]. У контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів положення теорії когнітивної перебудови дають змогу пояснити механізми трансформації негативних установок і переконань, пов'язаних із пережитою травмою, фізичними обмеженнями, зміною соціальних ролей та перспектив подальшого життя. Застосування відповідних когнітивних стратегій спрямоване на формування більш адаптивного сприйняття власного стану, підвищення психологічної стійкості та активізацію ресурсів, необхідних для подальшої адаптації.

Аналіз доступних наукових праць засвідчив недостатню розробленість цієї проблематики в українському науковому дискурсі, зокрема щодо застосування положень когнітивної перебудови для пояснення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

На основі досліджень А. Бека та А. Елліса визначено, що когнітивна перебудова – це процес зміни способу мислення та переосмислення власного життя [16, с. 311]. При втраті певних функцій, змінах у соціальній ролі втрачається й професійна реалізація, що викликає необхідність перегляду життєвих пріоритетів, пошуку нового сенсу життя та формування позитивного сприйняття майбутнього.

Попри недостатню розробленість цього напряму в контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, узагальнення положень когнітивно-біхевіорального підходу дає змогу виокремити основні компоненти теорії когнітивної перебудови. Вони охоплюють взаємопов'язані когнітивні, емоційні та поведінкові процеси, спрямовані на трансформацію сприйняття травматичної ситуації, корекцію неадаптивних переконань і формування ефективніших способів реагування на змінені умови життєдіяльності (рис. 1.10).

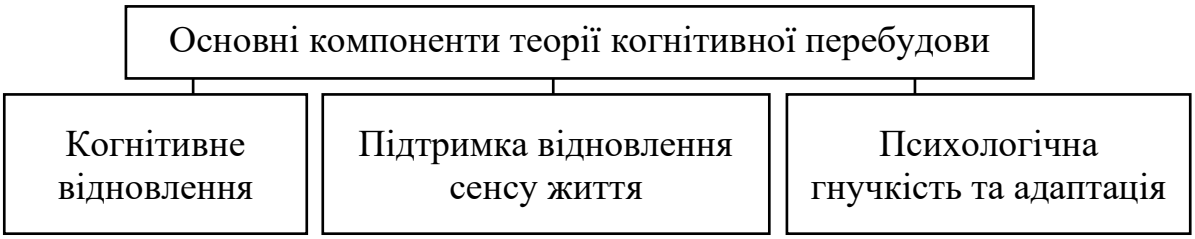


Рис. 1.10. Основні компоненти теорії когнітивної перебудови в контексті адаптації індивіда

Когнітивне відновлення полягає у зміні негативних переконань, які формуються після поранення. Серед них:

- відчуття неповноцінності через втрату фізичних можливостей;
- безпорадність перед новими життєвими викликами;
- переконання, що подальше життя втратило сенс.

Для поступової трансформації деструктивних переконань важливим є надання психологічної допомоги із застосуванням когнітивно-поведінкових технік. Робота з когнітивною сферою сприяє формуванню у комбатанта більш адаптивного сприйняття отриманого поранення, за якого воно розглядається не як завершення повноцінного життя, а як новий етап, що передбачає можливість особистісного розвитку, професійної реалізації та соціальної активності.

Важкопоранені комбатанти можуть стикатися з кризою ідентичності, пов’язаною зі зміною фізичного стану, втратою окремих функціональних можливостей і необхідністю переосмислення власного місця в суспільстві. У зв’язку з цим важливим напрямом реабілітації є відновлення або формування нового відчуття сенсу життя шляхом застосування комплексу психологічних і соціальних заходів, зокрема:

– психотерапії та психологічного консультування, спрямованих на переосмислення життєвих цілей і формування нових перспектив;

– залучення до соціальних ініціатив і волонтерської діяльності, що сприяє відновленню відчуття власної значущості, соціальної залученості та корисності для суспільства;

– професійної реабілітації та перекваліфікації, спрямованих на набуття нових компетентностей, розширення можливостей професійної реалізації та пошук діяльності, що відповідає актуальним можливостям і потребам особистості.

Адаптація до нових умов життєдіяльності потребує розвитку психологічної гнучкості, тобто здатності приймати зміни, переосмислювати власний досвід і знаходити ефективні способи функціонування в новій реальності. Формування психологічної стійкості сприяє подоланню кризових станів, депресивних проявів, посттравматичних реакцій та інших негативних наслідків пережитого бойового досвіду. Основні напрями розвитку психологічної гнучкості та стійкості важкопоранених комбатантів представлено на рис. 1.11.

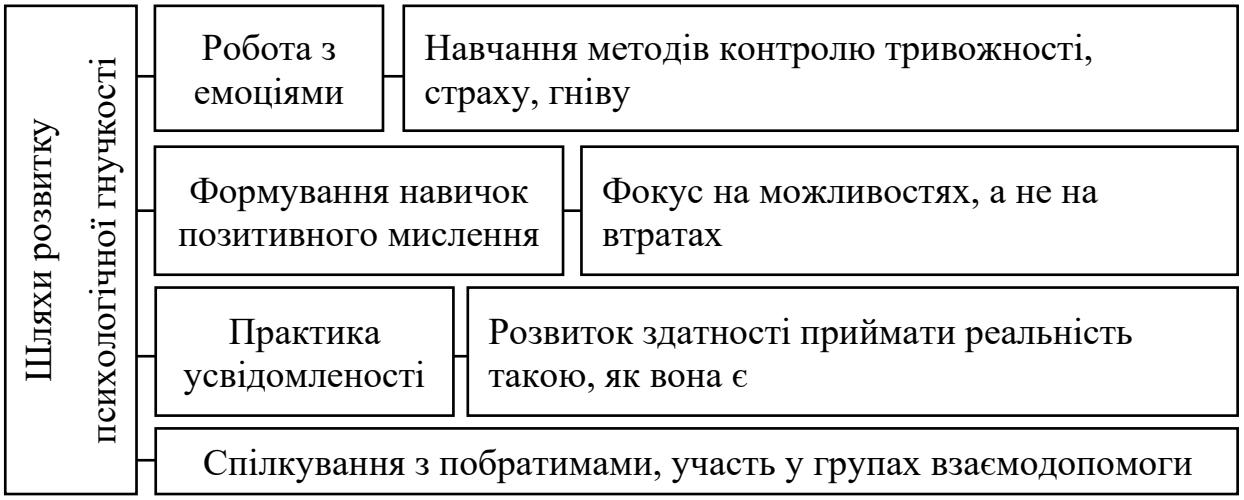


Рис. 1.11. Шляхи розвитку психологічної гнучкості для подолання кризових станів у комбатантів

Теорія когнітивної перебудови дає змогу розкрити механізми трансформації негативних способів мислення, переосмислення життєвого досвіду, формування нових смислових орієнтирів та адаптації до змінених умов життєдіяльності, створюючи підґрунтя для подальшого особистісного розвитку.

Наступною виокремлено теорію інтеграції та реінтеграції в суспільство, сформовану на основі узагальнення наукових підходів до дослідження

механізмів соціальної інтеграції, виключення та повернення особистості до повноцінної участі в суспільному житті. Е. Дюркгейм розглядає соціальну інтеграцію як важливу передумову стабільності суспільства, акцентуючи увагу на значенні соціальних норм і колективної свідомості для забезпечення суспільної згуртованості. Теорія аномії Р. Мертона пояснює, що порушення або недостатність інтеграційних зв'язків можуть створювати передумови для девіантної поведінки [349, с. 1618]. Т. Парсонс визначає інтеграцію як один із функціональних імперативів, необхідних для стабільного функціонування суспільства [365, с. 249]. Дослідження Дж. Гібсона та Л. Ворнера присвячені процесам соціальної реінтеграції осіб, які повертаються до суспільства після тривалого періоду ізоляції або зміни соціального статусу, зокрема після перебування в місцях позбавлення волі чи завершення військової служби [360]. Е. Гоффман, зі свого боку, досліджував механізми стигматизації та соціальної реінтеграції осіб, які зазнали істотних соціальних або психологічних змін [447, с. 7].

Аналіз доступних наукових джерел засвідчує недостатню представленість вітчизняних досліджень, безпосередньо присвячених теоретичному осмисленню інтеграції та реінтеграції саме важкопоранених комбатантів. У зв'язку з цим запропонована теорія ґрунтується на положеннях зазначених зарубіжних учених і спрямована на пояснення того, як важкопоранена особистість відновлює своє місце в суспільстві після періоду фізичної, психологічної та соціальної ізоляції, а також як соціальне середовище може сприяти або перешкоджати цьому процесу.

Теорія інтеграції та реінтеграції в суспільство ґрунтується на положенні, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів має охоплювати не лише фізичне та психологічне відновлення, а й поступове повернення до активної участі в суспільному житті. Її основною метою є створення умов для повноцінної інтеграції та реінтеграції осіб, які зазнали тяжких фізичних і психологічних травм, у систему соціальних відносин,

відновлення або формування нових соціальних ролей та забезпечення можливостей для їхньої активної суспільної діяльності.

В основу цієї теорії покладено наукові концепції, представлені в табл. 1.10.

Таблиця 1.10

Наукові концепції теорії інтеграції та реінтеграції в суспільство

Назва елементу	Опис елементу	Ключові заходи/процеси	Очікувані результати
Соціальна адаптація	Процес активного пристосування особистості до нових умов життєдіяльності після пережитих травматичних подій, що передбачає формування та відновлення соціальних зв'язків, пристосування до змінених життєвих обставин і відновлення особистісної автономії	Психологічна підтримка; формування та відновлення соціальних ролей; розвиток соціальних навичок	Відновлення соціальної активності; підвищення якості життя; зниження рівня соціальної ізоляції
Ресоціа-лізація	Наголошує на важливості повторного включення особи в соціальне середовище через модифікацію ролей і поведінкових моделей	Тренінги з розвитку соціальних навичок; професійна реабілітація; супровід у працевлаштуванні	Підвищення соціальної інтеграції, зниження ризику маргіналізації
Соціальна модель реабілітації	Врахування інтеграції у спільноту	Забезпечення доступності освіти, працевлаштування та дозвілля; розвиток спільнот підтримки	Повна соціальна включеність, самореалізація, підвищення якості життя

Реінтеграція в суспільство потребує створення сприятливого соціального середовища, у якому важкопоранений комбатант може отримати

належну фізичну та психологічну допомогу, реалізувати свої професійні й соціальні можливості та відновити активну участь у суспільному житті. Досягнення цієї мети передбачає розвиток відповідних соціальних інститутів, упровадження комплексних програм підтримки, забезпечення доступності реабілітаційних і соціальних послуг та зменшення фізичних, соціальних і професійних бар'єрів, що перешкоджають повноцінній участі комбатантів у житті громади.

Теорію міжособистісної адаптації сформовано на основі досліджень соціальної взаємодії та адаптації поранених військовослужбовців у соціальному середовищі, здійснених Л. Герасименко, А. Скрипніковим, Г. Кожиною, Ж. Піаже, Г. Сельє [286 та ін.], а також наукових праць фахівців у сфері посттравматичного стресового розладу, зокрема Б. Колка, К. Фіглі та Дж. Вілсона, які досліджували механізми психологічного відновлення, подолання наслідків травматичного досвіду та соціальної інтеграції [447 та ін.]. Зазначені дослідники розкрили вплив стресу й адаптаційних процесів на психіку особистості, визначили чинники, що сприяють успішному відновленню, та обґрунтували значення соціальної підтримки у подоланні наслідків травматичного досвіду. Їхні наукові положення створюють підґрунтя для розроблення підходів до відновлення міжособистісних зв'язків, подолання соціальної ізоляції та формування сприятливого емоційного середовища для адаптації поранених військовослужбовців.

Таким чином, у межах запропонованої теорії міжособистісна адаптація – це процес взаємодії важкопоранених комбатантів із найближчим соціальним оточенням, що передбачає відновлення та підтримання конструктивних міжособистісних зв'язків. Отримані поранення та їхні наслідки можуть впливати на емоційний стан, поведінкові реакції, самооцінку та здатність особистості до ефективної комунікації, що зумовлює необхідність цілеспрямованої підтримки процесу соціальної взаємодії. Основні напрями теорії міжособистісної адаптації представлено на рис. 1.12.



Рис. 1.12. Основні напрями теорії міжособистісної взаємодії під час адаптації поранених комбатантів

Теорія допомагає зрозуміти механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів та розробляти ефективні реабілітаційні програми, спрямовані на їхню інтеграцію в суспільство.

Описані результати досліджень українських та іноземних учених становлять наукове підґрунтя для розроблення соціальних теорій соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Запропоновані теоретичні підходи спрямовані на комплексне розуміння процесів відновлення та адаптації особистості після отримання тяжких травм, визначення ключових чинників і механізмів, які необхідно враховувати під час розроблення програм психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, а також забезпечення ефективного повернення комбатантів до активного суспільного життя та їхньої повноцінної інтеграції в суспільство.

У контексті дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів важливим є глибоке осмислення психологічних механізмів, які лежать в основі подолання травматичних подій, перебудови «Я-концепції» та процесу реінтеграції особистості в мирне життя. На основі праць провідних іноземних науковців (Г. Балл, А. Біллінгс, Л. Калгун, Е. Кюблер-Росс, Р. Лазарус, Дж. Ланге, Р. Льюіс, Д. Макадамс, Р. Моос,

К. Олдвін, С. Перін, Ж. Піаже, Р. Тедеші, К. Роджерс, Н. Хаан, Дж. Шулер, С. Фолкман, З. Фрейд, Р. Яноф-Бульман та ін.) [375; 441; 447 та ін.], а також українських вчених (О. Акімової, О. Алексюк, В. Боснюк, Н. Гайсьонок, В. Горбенка, П. Горностая, С. Грабовської, Т. Гундорової, Л. Давидчук, Т. Дучимінської, Т. Заверталюк, А. Лісової, С. Максименка, О. Наливайко, В. Савуляка, Т. Саєнко, А. Сотніченка, Т. Титаренко, В. Шевченка, В. Ярової та ін.) [70; 100; 122; 307; 324 та ін.] було виокремлено основні психологічні підходи до розуміння адаптаційних процесів.

Розгляд наукових праць вищезазначених учених становить теоретичне підґрунтя для розуміння процесів внутрішньої трансформації особистості після пережитого травматичного досвіду. Сучасна психологічна наука пропонує низку теоретичних підходів, які дають змогу сформувати цілісне уявлення про адаптацію, зокрема в контексті соціальної взаємодії, реконструкції «Я-концепції», переосмислення життєвого досвіду та активного пошуку нових життєвих смислів.

Серед широкого спектра психологічних теорій соціально-психологічної адаптації доцільно виокремити ті, положення яких найбільшою мірою відповідають особливостям адаптаційного процесу важкопоранених комбатантів (рис. 1.13).

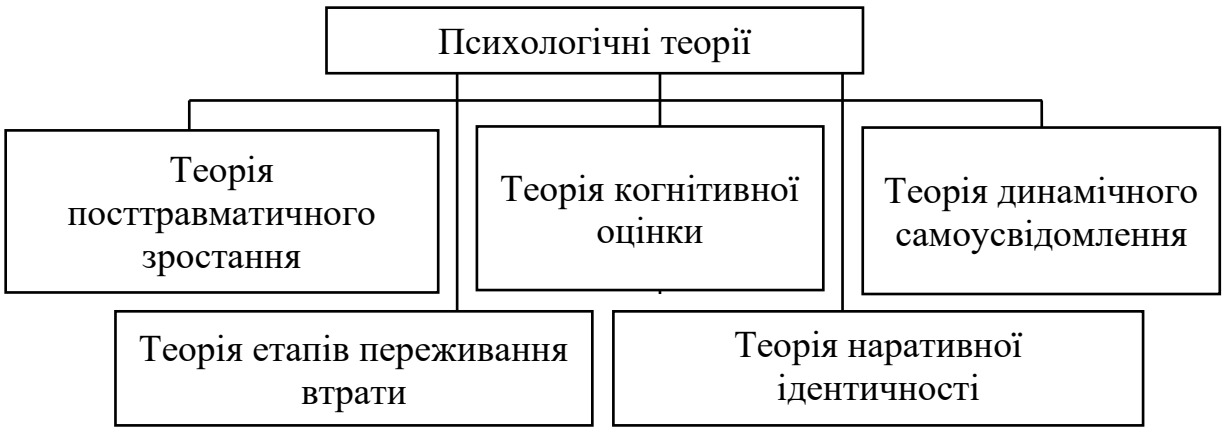


Рис. 1.13. Психологічні теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Теорія посттравматичного зростання соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів сформована на основі аналізу та досліджень, проведених вітчизняними й іноземними науковцями, зокрема Г. Балл, Л. Калгун, Р. Тедеші, Т. Гундоровою, Л. Давидчук та С. Максименком [101; 377; 424 та ін.]. У своїх працях вчені розкривають глибинні процеси, що відбуваються з особистістю після пережитої травми, акцентуючи увагу на негативних наслідках, потенційних позитивних змінах – посттравматичному зростанні, що стає основою для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Теорія розглядає адаптацію не як пасивне пристосування до втрат, а як активне внутрішнє перетворення особистості, внаслідок якого:

− формується нове бачення сенсу життя та особистих цінностей;

− зміцнюються міжособистісні зв’язки та емпатія;

− зростає психологічна стійкість і усвідомлення власних ресурсів;

− змінюється ставлення до себе та світу, з’являється відчуття нових можливостей.

Згідно з науковими підходами Л. Калгуна і Р. Тедеші посттравматичне зростання проявляється у п’яти ключових сферах [424]:

1. Покращення міжособистісних стосунків.

2. Відкритість до нового досвіду.

3. Посилення внутрішньої сили.

4. Зміна життєвих цінностей.

5. Зміна духовного розвитку.

Окреслені положення лягли в основу аналізу соціально-психологічної адаптації ветеранів, які пережили бойові травми.

Значущість особистісного смислу травматичного досвіду для формування активної життєвої позиції підкреслюється у працях Г. Балла [393, с. 21]. Його концепція життєвої перспективи дозволяє розглядати процес адаптації як відновлення та побудову нового життєвого шляху після

поранення, що сприяє глибшому усвідомленню суб'єктом власного «Я» та свого місця в соціальній системі.

Культурно-історичні та екзистенційні виміри адаптації, які аналізують Т. Гундорова та Л. Давидчук, вказують на важливість осмислення травматичного досвіду в межах національної боротьби і колективної історії, що, натомість, сприяє посиленню соціальної солідарності [101]. Унаслідок цього виникає інтегративне відчуття ветерана як невід'ємної частини громади, здатної на підтримку та оцінку його переживань.

Посттравматичне зростання С. Максименко розглядає як прояв суб'єктної активності особистості, що дає змогу через подолання наслідків травматичного досвіду, болю та втрат реалізувати внутрішній потенціал і сформувати нові життєві орієнтири [101]. Такий підхід акцентує увагу на розвитку внутрішніх ресурсів особистості, її самоактуалізації та формуванні нової ідентичності, що набуває особливої актуальності для осіб, які пережили бойові дії та отримали тяжкі поранення.

Ключові положення цього підходу узгоджуються з концептуальними положеннями монографії П. Горностая «Психологія колективних травм», у якій автор розкриває індивідуальні та соціально-групові аспекти переживання травматичного досвіду, пов'язаного з війною. Науковець розглядає травму як чинник, що за умови належної психологічної та СП, переосмислення пережитого досвіду та його інтеграції в ціннісно-смисловий контекст спільноти може зумовлювати психологічну трансформацію особистості та її подальше особистісне відновлення [70, с. 127].

Таким чином, теорія посттравматичного зростання соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів розглядає подолання наслідків травматичного досвіду як процес глибокої внутрішньої трансформації особистості, що може сприяти досягненню якісно нового рівня особистісного розвитку, переосмисленню власної ідентичності та соціальної ролі, відновленню соціальних зв'язків і формуванню нових життєвих смислів.

Теорія когнітивної оцінки є однією з провідних концепцій у дослідженні соціально-психологічної адаптації особистості до стресових ситуацій і набуває особливої актуальності в контексті адаптації важкопоранених комбатантів.

Згідно з концепцією Р. Лазаруса та С. Фолкман, реакція особистості на травматичну подію значною мірою визначається не лише самим характером події, а й тим, як вона сприймається та інтерпретується суб'єктом у процесі когнітивної оцінки [81]. На основі положень зазначених учених виокремлено два основні рівні когнітивної оцінки, представлені на рис. 1.14.

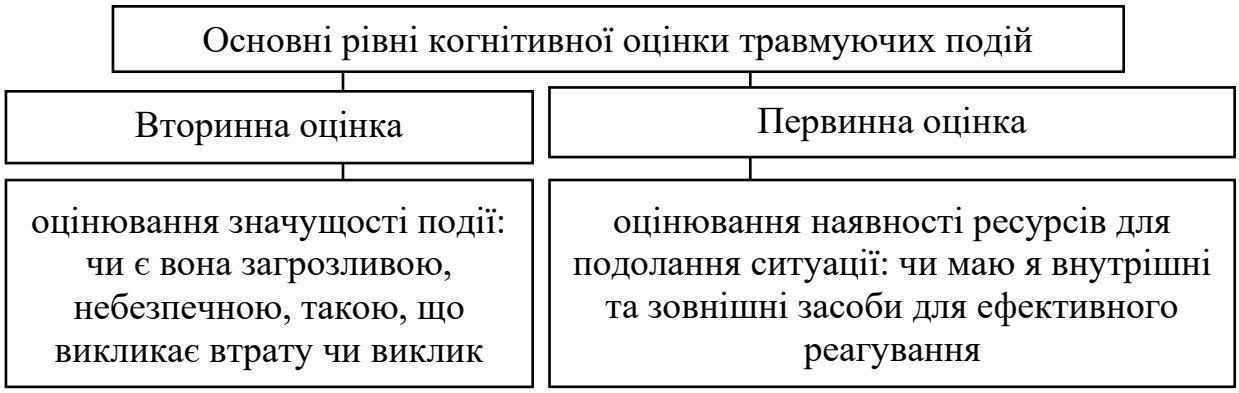


Рис. 1.14. Основні рівні когнітивної оцінки травмуючих подій

Залежно від результатів оцінок, людина обирає копінг-стратегії – способи подолання ситуації. Вчені О. Войцеховська і Г. Закалик виділяють дві основні групи [17]:

1. Проблемно-орієнтовані (спрямовані на зміну самої ситуації);

2. Емоційно-орієнтовані (спрямовані на регуляцію емоційного стану).

Розвиток ефективних копінг-стратегій є компонентом реабілітації важкопоранених комбатантів тому, що допомагає зменшити негативні наслідки стресу, покращити самооцінку, посилити суб'єктивне відчуття контролю над життям.

Значний внесок у розробку теорії когнітивної оцінки зробили також Дж. Ланге і Дж. Шулер, які вивчали вплив суб'єктивної оцінки травматичної події на подальший психологічний стан людини [1]. В українському науковому просторі концепція когнітивної оцінки була адаптована і поглиблена у працях Т. Титаренко, В. Шевченко, В. Ярової, які підкреслюють

значення смисложиттєвих орієнтацій, рефлексії, внутрішньої відповідальності за процес адаптації до травмувальних подій [308].

У сучасній психології виділяють кілька підходів до вивчення копінгу, які представлено у табл. 1.11.

Таблиця 1.11

Підходи до вивчення копінгу: характеристика основних теоретичних моделей

№ п/п	Назва підходу	Характеристика підходу	Основні концепти/ ключові ідеї	Представники /автори
1.	Психо-аналітичний	Копінг розглядається як специфічний его-механізм адаптації, що забезпечує усвідомлене або неусвідомлене подолання стресової ситуації шляхом використання психологічних механізмів захисту та активного пошуку способів її розв'язання	Его-механізми захисту, усвідомлена/ неусвідом-лена адаптація	Н. Хаан, Т. Кроубер [385]
2.	Особистісно-орієнтований	Копінг – це стабільна риса особистості, що визначає стиль реагування на стрес: активний (пряме вирішення) або пасивний (уникнення, відволікання)	Стиль реагування, стійкість рис особистості	М. Моуз [385]
3.	Когнітивно-феноме-нологічний	Копінг – це процес ментального конст-руювання ситуації як загрози або виклику, що залежить від суб'єктивної оцінки стресора та ресурсів для подолання	Когнітивна оцінка, первинна і вторинна оцінка стресу	Р. Лазарус, С. Фолкман [433]

Підходи до класифікації копінг-стратегій були розширені й у працях О. Войцеховської, Г. Закалик, А. Лібіна, С. Хобфолла та ін. [17; 144 та ін.].

У межах досліджень копінгових стратегій було виокремлено соціально-орієнтовані (зокрема, пошук підтримки, соціальна взаємодія) та загальноповедінкові (активність, уникнення) підходи, що відображено у класифікації, запропонованій С. Хобфоллом [141]. З іншого боку, А. Лібін поділяє копінг за модальностями (когнітивні, емоційні, поведінкові), а також за спрямованістю (на себе, інших, ситуацію), інтенсивністю і результативністю, що дозволяє комплексно оцінити різноманітність механізмів подолання стресу [144]. Водночас О. Войцеховська та Г. Закалик наголошують на індивідуальній логіці копінгової поведінки, яка визначається суб'єктивною значущістю події та наявними психологічними ресурсами особистості, що додає глибини розумінню особливостей адаптаційних процесів [17].

Результати досліджень підтверджують, що продуктивні копінг-стратегії, зокрема проблемно-орієнтовані, пов'язані з кращим психологічним функціонуванням особистості, тоді як деструктивні стратегії, зокрема уникнення та самоізоляція, можуть знижувати рівень стресостійкості. Водночас у ситуаціях, які не піддаються безпосередньому контролю з боку особистості, більш адаптивними можуть виявлятися емоційно-орієнтовані стратегії або тимчасове уникнення, що дає змогу зменшити інтенсивність негативних переживань та запобігти їх подальшому загостренню.

Таким чином, когнітивна оцінка травматичної ситуації та подальший вибір відповідної копінг-стратегії є одним із центральних механізмів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Їх ефективне застосування може сприяти поступовому відновленню особистісної цілісності, відчуття внутрішнього контролю та формуванню нової системи життєвих смислів у посттравматичних умовах.

У гуманістичній психології, зокрема в працях К. Роджерса, особливу увагу приділено концепції динамічного самоусвідомлення як важливому

чиннику особистісного розвитку. Видатний психолог вважав, що кожна людина володіє внутрішньою тенденцією до самоактуалізації, тобто прагне до повного розкриття свого потенціалу [179, с. 133]. При цьому травматичний досвід може стати джерелом дезінтеграції, поштовхом до глибшого самопізнання, самоприйняття та побудови нової, більш цілісної концепції «Я».

У роботі з важкопораненими комбатантами важливим є:

− створення безпечного, емпатійного середовища, де людина може відновити довіру до себе та інших (К. Роджерс) [179, с. 133];

− підтримка у формуванні позитивного образу себе, попри фізичні чи психологічні зміни;

− розвиток автентичності та самоцінності, тобто прийняття себе таким, яким ти є, без зовнішнього осуду чи тиску (Н. Хаан) [48; 144].

Проблематика самосвідомості та самоусвідомлення є предметом дослідження як західних, так і вітчизняних учених. Зокрема, А. Біллінгс акцентував увагу на адаптивному потенціалі особистості, її здатності інтегрувати кризовий досвід у структуру «Я» [419, с. 72]. З. Фройд, хоча і з позицій психоаналізу, зазначав, що конфлікт між свідомими та несвідомими імпульсами також впливає на формування особистісної ідентичності [450].

Сучасні українські дослідники (В. Горбенко, Т. Гундорова, А. Лісова, О. Наливайко, В. Савуляк та ін.) [122; 127 та ін.] розглядають самосвідомість як структурний компонент особистості, який дозволяє людині адаптуватися до соціального середовища, активно моделювати свою поведінку, спираючись на власні внутрішні орієнтири. У працях цих авторів акцентовано, що психологічний механізм самосвідомості є інтегративним, охоплюючи емоції, досвід, мотиви, актуальний стан особистості.

Самоусвідомлення є одночасно результатом і важливою умовою розвитку особистості, відіграючи визначальну роль у формуванні ідентичності, усвідомленні власної цінності та інтеграції набутого життєвого досвіду, зокрема травматичного.

У контексті реабілітації важкопоранених комбатантів інтеграція травматичного досвіду є важливою передумовою відновлення психологічної цілісності особистості. За відсутності належного опрацювання травматичних переживань набутий досвід може залишатися витісненим або спотворено сприйматися, що підвищує ризик виникнення дезадаптивних реакцій. Як зазначають дослідники В. Горбенко, Т. Гундорова та А. Лісова [127], порушення інтеграції життєвого досвіду та зниження самооцінки можуть супроводжуватися відчуттям внутрішньої роздвоєності й емоційним напруженням.

Створення умов для поступового, етапного повернення до себе, в якому особистість заново відкриває власні ресурси, будує нові цінності та зміцнює свою ідентичність, є центральним завданням гуманістично-зорієнтованої психологічної допомоги.

Теорія етапів переживання втрати Е. Кюблер-Росс є одним із теоретичних підґрунть психологічної моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Запропонована Е. Кюблер-Росс модель охоплює п’ять стадій переживання горя та дає змогу пояснити емоційні реакції особистості на втрату. У контексті дослідження важкопоранених комбатантів ця концепція може бути застосована не лише до переживання втрати близької людини, а й до психологічного опрацювання втрати здоров’я, фізичної функціональності, попередніх соціальних ролей та уявлення про власне «Я», що є особливо актуальним після тяжкого поранення [294, с. 268].

Попри те, що зазначена модель спочатку була розроблена для пояснення переживання втрати у паліативних пацієнтів, згодом вона набула широкого застосування у клінічній, кризовій та військовій психології для аналізу реакцій особистості на різні види втрат.

П’ять стадій адаптації до втрати цілісності особистості в контексті тяжкого поранення представлено в табл. 1.12.

Таблиця 1.12

Стадії адаптації до втрати цілісності особистості

Назва стадії	Опис стадії	Можливі психологічні реакції
Заперечення – «Цього не може бути зі мною»	Важкопоранений може не визнавати тяжкості отриманих ушкоджень або масштабності змін у фізичному стані та житті. Заперечення може виконувати захисну функцію, тимчасово знижуючи інтенсивність негативних переживань і запобігаючи емоційному перевантаженню на початковому етапі переживання травми	Неприйняття реальності, уникнення інформації про наслідки поранення, емоційне оніміння або «замороження»
Гнів – «Чому я? Це несправедливо!»	Усвідомлення факту втрати може супроводжуватися вираженим почуттям несправедливості, обуренням і пошуком причин того, що сталося. Гнів може спрямовуватися на себе, інших людей, медичних працівників, обставини чи зовнішні чинники	Роздратованість, агресивність, фрустрація, емоційна напруженість, конфліктність
Торг – «А що якби я зробив інакше?», «Може, щось ще можна змінити?»	Особистість прагне знайти можливості для зміни ситуації, повернення втрачених можливостей або відновлення попереднього стану. На цьому етапі можуть виникати спроби «домовитися» із собою, іншими людьми чи вищими силами, а також пошук альтернативних сценаріїв розвитку подій. Важливим завданням психологічного супроводу є підтримка конструктивного пошуку нових життєвих орієнтирів із одночасним збереженням реалістичних очікувань	Внутрішні переговори із собою, сумніви, почуття провини, пошук альтернативних сценаріїв, надія на зміну ситуації

Продовження табл. 1.12

Назва стадії	**Опис стадії**	**Можливі психологічні реакції**
Депресія – «Все скінчено. Я більше не той, ким був»	Усвідомлення незворотності окремих наслідків поранення може супроводжуватися глибоким сумом, емоційним виснаженням, зневірою та втратою життєвих орієнтирів. На цьому етапі особливого значення набувають професійний психологічний супровід, підтримка родини та побратимів, а також створення безпечного середовища для проживання негативних емоцій без надмірного тиску	Смуток, апатія, зниження мотивації, безнадія, емоційне виснаження, прагнення до соціальної ізоляції
Прийняття – «Я змінився, але я живу. І я можу бути корисним»	Поступове прийняття нових життєвих обставин, змін фізичного стану та трансформації соціальної ідентичності. Особистість починає формувати нові життєві цілі, переосмислювати власні можливості та шукати способи реалізації нових соціальних ролей, зокрема наставника, волонтера, ветерана-активіста або фахівця в новій професійній сфері	Емоційна стабілізація, самоприйняття, відновлення мотивації, формування нових цілей, позитивне бачення майбутнього, готовність до соціальної взаємодії

Хоча стадії Е. Кюблер-Росс мають велике евристичне значення, дослідження Д. Кенігсберга, Дж. Бонанно, а також аналізи Д. Макадамса і Р. Мооса показали, що [380]:

− етапи не завжди відбуваються послідовно;

− прийняття часто настає раніше, ніж депресія чи гнів;

− деякі люди уникають гніву або торгу взагалі;

− основні емоції (туга, біль, розгубленість) можуть бути присутні на кожному з етапів.

Р. Льюіс вказує, що ефективна адаптація залежить від здатності індивіда включитися в нову систему цінностей, ролей та стосунків [424, с. 12].

В українській психологічній традиції питання адаптації особистості після травматичного досвіду досліджували О. Алексюк, В. Боснюк, Н. Гайсьонок та Л. Давидчук. Учені підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до адаптації, важливість соціального середовища (сім'ї, громади, ветеранських організацій), психотерапевтичної підтримки та інтеграції травматичного досвіду у формування нової ідентичності [205].

Модель Е. Кюблер-Росс доцільно розглядати як орієнтаційний інструмент, а не як жорстко визначену послідовність психологічних реакцій. У роботі з важкопораненими комбатантами вона може слугувати методологічним орієнтиром для психологів, волонтерів і членів сім'ї, які супроводжують особистість у процесі прийняття змін та формування нових життєвих смислів [377, с. 1004]. Такий процес передбачає не забуття травматичного досвіду, а його поступове переосмислення та інтеграцію у нову систему уявлень про себе, що створює передумови для повернення до активного суспільного життя в новій якості.

Після травматичних подій, зокрема бойового поранення, людина потребує переосмислення власного життєвого шляху. Відповіддю на цю потребу є формування наративної ідентичності – процесу створення цілісної «життєвої історії», в якій інтегруються досвід минулого, переживання теперішнього та уявлення про майбутнє.

У межах теорії наративної ідентичності Д. Макадамса ідентичність розглядається як інтерналізована та динамічна життєва оповідь, що охоплює ключові події, значущих персонажів, поворотні моменти та провідні життєві теми [375, с. 297]. Особливого значення ця концепція набуває в контексті реабілітації важкопоранених комбатантів, оскільки наративне осмислення власного досвіду дає змогу:

− відновлювати відчуття сенсу життя;

− інтегрувати травматичний досвід у нову систему особистісних цінностей;

− сприяти формуванню нової, адаптивної посттравматичної ідентичності;

− проєктувати власне майбутнє попри радикальні зміни життєвих обставин.

Спираючись на ідеї Е. Еріксона щодо его-ідентичності, Д. Макадамс обґрунтував положення про те, що в процесі особистісного розвитку людина формує цілісну «Я-оповідь», за допомогою якої осмислює власний життєвий досвід і надає йому певної послідовності та смислової цілісності. Така наративна конструкція дає змогу інтегрувати окремі, іноді суперечливі фрагменти життєвого досвіду та зберігати відчуття наступності й цілісності особистості в часі, незважаючи на суттєві зміни життєвих обставин [398, с. 90].

Наративна ідентичність є об’єктом дослідження багатьох науковців:

1. П. Рікер у своїй праці «Сам як інший» розглядає ідентичність як динамічну оповідну структуру, що коливається між «самістю» (самосвідомим «Я») і «тотожністю» (стабільним образом себе). Людина, за П. Рікером – це мовна, діюча, наративна та етична істота, яка існує у міжособистісному просторі [375, с. 297]. Ідентичність виникає у процесі взаємодії з іншими й формується через інтерпретацію власної історії.

2. К. Олдвін і С. Перін розглядали наратив як інструмент опрацювання життєвих криз і адаптації до складних подій [375, с. 298].

3. Р. Яноф-Бульман акцентував на перебудові базових переконань у результаті травми, яка можлива через наративну реконструкцію життєвої історії [426, с. 102].

4. Т. Саєнко і А. Сотніченко у вітчизняному психологічному дискурсі підкреслювали значення наративного методу в рефлексії, прийнятті нової реальності та соціальній реінтеграції учасників бойових дій [313, с. 118].

Наратив, як послідовність подій, організована в сюжет, є засобом осмислення життєвого досвіду. Він надає часову структуру подіям, дозволяє

людині створити цілісний образ себе («Я-наратив»), співвіднести себе з культурними взірцями (міфами, казками, сюжетами) та зберегти тяглість ідентичності. Як зазначав Дж. Брунер, наратив є способом передачі минулого, механізмом зв'язку минулого, теперішнього та майбутнього.

У наративі важливим є факт події, її інтерпретація. Як підкреслюють С. Фіцджеральд і П. Голді, особливо в кризових ситуаціях важливою є розповідь про події, про те, якою була особистість у цих подіях – її думки, почуття, поведінка [445, с. 73]. Така перспектива дозволяє здійснити переінтерпретацію травми та «переписати» себе як суб'єкта, що подолав кризу.

Для важкопоранених комбатантів наративна реконструкція «Я» є актом рефлексії, терапевтичним процесом, що надає досвіду сенсу і порядку, допомагає прийняти зміни, зміцнює почуття відповідальності і суб'єктності, попри втрату фізичних чи соціальних можливостей, підтримує ідентичність як спадкоємну, попри радикальні трансформації (фізичні, психологічні, соціальні); слугує основою для побудови нових життєвих цілей та ролей (наприклад, наставника, громадського діяча, волонтера).

Отже, наративна ідентичність є основним елементом у подоланні кризи ідентичності, спричиненої травматичними подіями війни. Через створення і переосмислення особистої історії важкопоранені комбатанти можуть інтегрувати свій досвід, знайти новий зміст, що є запорукою їхньої соціально-психологічної адаптації та реінтеграції в мирне життя.

У межах дослідження СПА важкопоранених комбатантів важливим є глибоке осмислення біологічних механізмів, що лежать в основі подолання травматичних ушкоджень, нейрофізіологічної перебудови та цілісної інтеграції особистості в нові умови життя. Хоча окремо біологічні теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів у науковій літературі не сформульовані, на основі досліджень провідних іноземних науковців (А. Артіно, А. Барретта, Т. Бекмана, Т. Біттара, П. Браманті, Дж. Буслера, П. Ванделя, М. Вілера, Б. Воллеса, С. Деана, С. Дернінґа,

Р. Калабро, Б. Кейсі, Е. Коельо, М. Костанцо, М. Лейтера, Е. Лорана, Й. Масіака, К. Маслач, А. Оуена, М. Райхла, М. Роя, Г. Сальє, Дж. Сноу, Л. Стейба, Дж. Тейлора, Ґ. Фрігато, К. Хайма, Д. Чарні, Й. Чоу, Д. Шектера, Н. Шиффа, І. Шонфельда, Л. Шувірта, А. Юджина та ін.) [385; 406; 417; 421 та ін.], а також українських учених (О. Бурки, Ю. Бучка, Л. Гуліної, О. Зендик, І. Калінчука, С. Кирилюк, А. Ковальової, О. Ковальової, Н. Козік, О. Кокуна, О. Корнієнко, Л. Логуш, Л. Магдисюк, О. Овчаренко, Я. Охотник, В. Підкоритова, О. Присяжнюка, О. Радченко, Г. Ришко, О. Сєрікової, О. Скринник, Р. Слухенської, Н. Терещенко, С. Українського, О. Хлівної, Є. Язвінської та ін.) [22,; 100; 174; 188; 280 та ін.], було окреслено низку біологічних теорій адаптації.

Розгляд наукових праць вищезазначених дослідників становить підґрунтя для розуміння процесів нейрофізіологічної перебудови особистості після травматичного досвіду. Сучасна біопсихологія пропонує теоретичні підходи, що доповнюють комплексне бачення адаптації, зокрема в аспектах тілесної цілісності, нейропластичності мозку та стрес-реакцій організму.

На основі узагальнення біологічних концепцій виділено біологічні теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів (рис. 1.15).

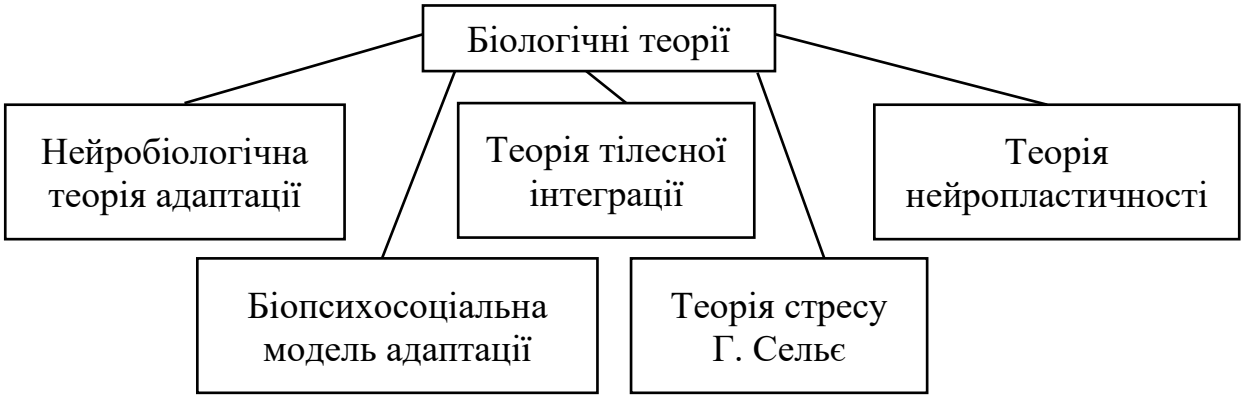


Рис. 1.15. Біологічні теорії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

В основі нейробіологічної теорії адаптації лежить уявлення про тісний взаємозв’язок між функціональним станом мозку, регуляцією емоційних процесів та соціальною поведінкою.

Сучасні іноземні дослідження (А. Артіно, А. Барретт, П. Вандель, Б. Кейсі, К. Хайм, Д. Чарні та ін.) [406 та ін.] демонструють, що тяжкі фізичні травми супроводжуються значними нейропластичними змінами у мозку, зокрема в зонах, відповідальних за регуляцію стресу, емоційну обробку та соціальну інтеграцію.

Центральним механізмом є адаптивна нейропластичність – здатність мозку перебудовувати свої мережі у відповідь на змінені умови життя.

Травма та посттравматичний стрес призводять до змін у префронтальній корі, мигдалині, гіпокампі та областях середнього мозку, що відповідають за формування емоційних реакцій та стресову відповідь. Порушення в роботі цих структур часто призводять до труднощів у регуляції емоцій, підвищеної тривожності, депресії та проблем у соціальній взаємодії.

Українські дослідники (О. Бурка, А. Ковальова, О. Ковальова, О. Присяжнюк та ін.) [188 та ін.] наголошують, що особливості адаптації важкопоранених комбатантів потребують урахування нейробіологічних змін, зумовлених травматичним досвідом.

Зокрема, тривала активація стресової реакції, пов’язаної з функціонуванням гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також зміни у функціонуванні нейронних мереж, залучених до саморефлексії та обробки травматичного досвіду, можуть ускладнювати його інтеграцію в цілісну особистісну історію.

Аспекти нейробіологічної теорії адаптації важкопоранених комбатантів представлено в табл. 1.13.

Таблиця 1.13

Аспекти нейробіологічної теорії адаптації важкопоранених комбатантів

Назва аспекту	Характеристика аспекту	Представники /автори	Методологія дослідження
Регенерація функціональних мереж	Відновлення зв'язків між префронтальною корою, гіпокампом і мигдалиною, важливе для зниження тривожності, депресії та контролю емоцій	А. Артіно та колеги [406]	fMRI дослідження, когнітивні тести
Зниження гіперактивності мигдалини	Нормалізація реакції мигдалини на загрози, пов'язана з поліпшенням симптомів ПТСР	П. Вандель [406]	Нейровізуалізація, психофізіологічні виміри
Нейропластичність як ключовий ресурс	Підвищення мозкової пластичності через терапевтичні втручання, що сприяє адаптації	Д. Чарні, К. Хайм [406]	Когнітивно-поведінкові інтервенції, експериментальні дослідження
Відновлення соціальної взаємодії	Активізація нейронних мереж емпатії і соціального сприйняття, що покращує міжособистісні стосунки	А. Ковальова, О. Ковальова [188]	Соціальні та нейропсихологічні оцінки

Нейробіологічна теорія адаптації інтегрує положення теорії глобального робочого простору та теорії інтегрованої інформації. Відновлення та стабілізація довготривалих функціональних зв'язків між когнітивними й емоційними зонами мозку сприяють підвищенню цілісності обробки інформації та узгодженості когнітивно-емоційних процесів. Підвищення рівня

інтеграції інформації може розглядатися як один із потенційних нейробіологічних маркерів успішної адаптації.

Нейробіологічна теорія соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів розглядає процес відновлення як комплексну зміну функціональних і структурних характеристик мозку під впливом травматичного досвіду. Її практичне значення полягає у розробці цільових програм психологічної допомоги, що враховують нейропластичний потенціал мозку і спрямовані на відновлення когнітивно-емоційної регуляції та інтеграцію у соціальне середовище.

Теорія тілесної інтеграції акцентує увагу на відновленні тілесної цілісності й інтеграції тілесного образу після тяжких травм. У зарубіжній науці цей підхід активно розвивали такі дослідники, як Т. Бекман, Дж. Буслер, М. Вілер, Е. Коельо, М. Костанцо, М. Лейтер, А. Оуен та М. Райхл [421 та ін.]. Дослідники наголошували на необхідності врахування змін у тілесному «Я»-представленні, що виникають унаслідок травми, а також на важливості застосування тілесно-орієнтованих психотерапевтичних практик, спрямованих на відновлення цілісного та прийнятного сприйняття власного тіла.

В українському науковому середовищі проблему тілесності активно вивчали Ю. Бучок, С. Кирилюк, В. Підкоритов, О. Сєрікова, О. Скринник, С. Український [21 та ін.]. Значний внесок у розробку цієї тематики зробила О. Хлівна разом із О. Магдисюк у праці «Психологія тілесності» [325]. Науковці обґрунтовують необхідність рефлексивної активізації особистісного розвитку через усвідомлення тілесного досвіду, підкреслюючи психофізичну єдність психічного та фізіологічного рівнів функціонування людини. Особлива увага у їх роботі приділена розмежуванню понять «тіло» і «тілесність», аналізу структури тілесного Я, значенню тілесної ідентичності у процесах самовизначення.

Аналіз змісту праці О. Хлівної та О. Магдисюк виявляє певні аспекти, які потребують подальшого уточнення для повнішого розуміння процесу тілесної інтеграції у важкопоранених комбатантів [325], зокрема:

1. Недостатньо висвітлено механізми відновлення цілісного образу тіла після ампутацій або значних змін зовнішності.

2. Потребує розширення тема тілесної дисморфії та її впливу на адаптаційний потенціал особистості.

3. Недостатньо представлено алгоритми інтеграції тілесного досвіду у випадках тривалого перебування у реабілітаційних закладах чи після серій хірургічних втручань.

Сьогодні питання тілесної інтеграції набуває особливої актуальності в контексті соціально-психологічної адаптації ветеранів війни. Робота з тілесним образом дозволяє зменшити інтенсивність психотравматичних переживань, сприяє формуванню нового ідентичного Я, здатного до життєтворчості й інтеграції в мирне суспільне життя.

Теорія тілесної інтеграції стає важливою методологічною основою для розробки ефективних програм психологічної реабілітації важкопоранених комбатантів, синтезуючи біологічний підхід із сучасними досягненнями психології тілесності.

Для розуміння СПА важкопоранених комбатантів слід розглянути й теорію нейропластичності, яка базується на ідеї, що мозок має здатність змінювати свою структуру та функціонування у відповідь на новий досвід, у тому числі травматичний, а також під впливом реабілітаційних практик. Завдяки цьому можливо досягти часткової або повної компенсації втрат, спричинених пораненнями чи психотравмами.

Іноземні вчені, зокрема Б. Воллес, С. Деан, С. Дернінґ, Дж. Тейлор, Ґ. Фріґато, Й. Чоу, І. Шонфельд, Л. Шувірт та А. Юджин, акцентують увагу на тому, що нейропластичність лежить в основі процесів відновлення моторних функцій, когнітивної перебудови та емоційної регуляції у постраждалих від бойових дій [40 та ін.].

Дослідження Дж. Тейлора демонструють ефективність спеціалізованих реабілітаційних програм, які активують синаптичну пластичність і сприяють покращенню психоемоційного стану комбатантів [412, с. 12]. Ґ. Фріґато звертає увагу на роль циркадних ритмів у відновних процесах, тоді як

І. Шонфельд і Й. Чоу вивчають взаємозв’язок між стресовими факторами та нейропластичними змінами в гіпокампі [406].

Серед українських вчених питання нейропластичності у контексті адаптації важкопоранених комбатантів досліджували Л. Гуліна, О. Зендик, Н. Козік, Л. Логуш та Р. Слухенська, які розглядають пластичні можливості мозку в контексті психологічної реабілітації та важливості створення індивідуалізованих програм підтримки [280]. Особливу увагу приділено унікальним соціокультурним особливостям українських ветеранів, що вимагає адаптації закордонних моделей до українських реалій.

У навчальному посібнику «Нейробіологія розвитку та навчання» А. Ковальової та ін. висвітлено основи нейропластичності, зокрема структурні зміни в мозку під час навчання і після травматичних подій [188]. Проте варто зазначити, що в науковій праці недостатньо деталізовано процеси нейропластичності у дорослих осіб, особливо в контексті бойових травм і реабілітації важкопоранених. Також не повною мірою розкрито питання впливу хронічного стресу та посттравматичних змін на нейронні мережі, а значна частина матеріалу фокусується переважно на розвитку дітей і підлітків. Це вимагає подальших уточнень і розширення досліджень у сфері дорослої нейропластичності у ветеранів бойових дій.

Біологічна теорія нейропластичності є перспективним підґрунтям для розробки ефективних програм соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Однак подальші дослідження мають поглибити знання про вікові особливості нейропластичних процесів, специфіку адаптації після важких поранень та вплив психосоціальних факторів на мозкову перебудову.

Біопсихосоціальна модель адаптації важкопоранених комбатантів ґрунтується на інтеграції біологічних, психологічних і соціальних факторів, що взаємодіють у процесі реабілітації та соціальної реінтеграції осіб, які зазнали важких бойових травм. Відповідно до принципів біопсихосоціальної моделі Дж. Енгеля та подальших її інтерпретацій, адаптація важкопоранених комбатантів не може бути зведена лише до фізичного відновлення: важливу

роль відіграють емоційне сприйняття травми, особистісні ресурси та підтримка соціального оточення [391, с. 170].

Теорія включає компоненти, які представлено на рис. 1.16.

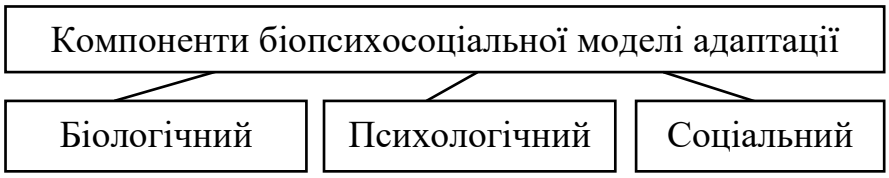


Рис. 1.16. Компоненти біопсихосоціальної моделі адаптації важкопоранених комбатантів

Біологічний компонент у процесі адаптації включає фізичне відновлення організму, процеси нейропластичності, соматичні ускладнення, що можуть виникати внаслідок травм. Психологічний аспект охоплює переживання посттравматичного стресового розладу, розвиток депресивних або тривожних розладів, формування стратегії подолання (копінгу). Соціальний аспект проявляється у відновленні соціальних ролей, налагодженні міжособистісних стосунків та інтеграції у мирне суспільство.

Іноземні дослідники зробили вагомий внесок у розробку біопсихосоціального підходу в контексті адаптації (табл. 1.14) [188, с. 77].

Таблиця 1.14

Внесок іноземних дослідників у розробку біопсихосоціального підходу в контексті адаптації

Автор	**Основний внесок**	**Опис дослідження**	**Практична значущість**	**Обмеження дослідження**
Т. Біттар	Нейро-біологічні зміни при адаптації та відновленні після травми	Підкреслив важливість нейробіологічних процесів і нейропластичності, які відбуваються в мозку після травми	Розробка втручань для стимуляції нейропластичності	Важко узагальнити через різноманітність травм

Продовження табл. 1.14

Автор	**Основний внесок**	**Опис дослідження**	**Практична значущість**	**Обмеження дослідження**
П. Браманті	Мульти-дисципліна рні стратегії реабілітації	Досліджував поєднання медичних, психологічних і соціальних аспектів для успішної реабілітації	Підвищення ефектив-ності комплек-сної реабілітації	Високі вимоги до ресурсів і координації
Р. Калабро	Соціальна інтеграція та роль родини в реабілітації	Акцентував на важливості соціальної підтримки і включення родини в процес відновлення ветеранів	Підвищення соціальної підтримки та зменшення ізоляції	Недостатній фокус на індивідуальній психотерапії
Б. Кейсі	Вплив травма-тичних подій на нейропси-хологічні	Аналізував, як травматичні події впливають на нейро-психологічні процеси, процеси та саморегуляцію емоцій	Розробка методик для покращення емоційної саморегу-ляції зокрема на розвиток саморегуля ції	Обмеження в масштабах досліджень і різноманітності вибірки
Е. Лоран	Зв’язок між психоло-гічним відно-вленням і когнітивно ю реорга-нізацією	Досліджував, як психологічне відновлення взаємодіє з процесами когнітивної перебудови після травм	Розробка когнітивних втручань для покращення адаптації	Обмежена кількість випадків для глибинного аналізу

Продовження табл. 1.14

Автор	Основний внесок	Опис дослідження	Практична значущість	Обмеження дослідження
Й. Масіак	Адаптація як динамічний процес зміни ідентичності через інтеграцію травматичного досвіду	Розглядав адаптацію як постійний процес зміни особистості та її самоідентичності після травматичного досвіду	Підтримка психологічних програм, орієнтованих на ідентичність	Відсутність кількісних даних для загальних висновків
К. Маслач	Проблеми емоційного вигорання та розвиток стійкості у ветеранів	Досліджувала емоційне вигорання і необхідність розвитку стійкості серед ветеранів для їх адаптації	Розробка заходів профілактики вигорання та зміцнення стійкості	Обмежена географічна вибірка дослідження

Науковці наголошують на необхідності комплексної інтеграції медичних, психологічних і соціальних стратегій у процесі відновлення після травми. Особливого значення надається соціальній підтримці та участі родини, психологічному відновленню, переосмисленню травматичного досвіду й трансформації ідентичності особистості. Водночас акцентується увага на розвитку навичок емоційної саморегуляції, когнітивній перебудові та формуванні психологічної стійкості ветеранів як важливих передумов їхньої успішної соціально-психологічної адаптації.

Серед українських дослідників значний внесок у вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів зробили:

− О. Кокун – акцентував на необхідності психологічного супроводу ветеранів та розробці програм ресоціалізації [419, с. 76];

− О. Овчаренко – досліджував механізми психічної адаптації та особливості реабілітації в умовах українських реалій [29, с. 9];

− Я. Охотник – аналізував роль соціальної підтримки та формування мотивації до відновлення у важкопоранених учасників бойових дій [36, с. 77].

Біопсихосоціальна теорія адаптації важкопоранених комбатантів є надзвичайно важливою для розуміння та підтримки посттравматичної реабілітації, дозволяє враховувати весь спектр факторів, що впливають на процес відновлення, що дає змогу застосовувати більш індивідуалізовані та комплексні стратегії допомоги в контексті військових травм.

Теорія стресу Г. Сельє пропонує загальну модель адаптаційної реакції організму на стрес, яка охоплює три основні стадії: тривоги, резистентності та виснаження [27, с. 41]. У контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів зазначені стадії можуть набувати специфічних проявів, зумовлених характером і тяжкістю отриманих фізичних ушкоджень, психологічними наслідками травматичного досвіду та необхідністю пристосування до істотних змін у повсякденному житті.

У табл. 1.15 представлено детальний опис стадій стресової реакції, адаптований до характеристики особливостей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Таблиця 1.15

Стадії стресової реакції у важкопоранених комбатантів

Назва стадії	**Опис стадії**	**Фізіологічні механізми**	**Психологічні прояви**
Стадія тривоги	Проявляється через шок, страх і втрату контролю. Фізичні травми спричиняють серйозне навантаження на організм, тоді як психологічний стрес може загострювати почуття безпорадності й депресії. Гормональні зміни (активація гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальної системи) призводить до виснаження ресурсів організму, що робить пацієнтів вразливими до подальших стресових впливів	Активація гіпоталамо-гіпофізарно-адренокор-тикальної системи (ГГАС), гормональний стрес	Шок, страх, безпорадність, тривога

Продовження табл. 1.15

Назва стадії	**Опис стадії**	**Фізіологічні механізми**	**Психологічні прояви**
Стадія резистентності	Відображає спробу відновлення, коли важкопоранений комбатант адаптується до своїх нових фізичних і психологічних умов, знаходить способи підтримки функціональності. Важливою є соціальна підтримка через спільноти ветеранів та медичні реабілітаційні програми	Початок регуляції гомеостазу, стабілізація ГГАС	Активізація адаптивних стратегій, надія, соціальна взаємодія
Стадія виснаження	Якщо реабілітація та адаптація затягуються, організм може перейти до дистресу, що викликає серйозні психосоматичні розлади: хронічний біль, депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад і навіть ризик суїциду	Виснаження ресурсів ГГАС, порушення нейрохімічного балансу	Депресія, тривога, хронічний біль, ризик суїциду

Передусім важливо зазначити, що, хоча теорія стресу Г. Сельє заклала фундамент для розуміння загальних закономірностей стресової реакції та адаптації організму, її застосування до дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залишається недостатньо вивченим [27, с. 41]. Водночас праці низки науковців сприяли розширенню теоретичних уявлень про стрес, його наслідки та механізми адаптації, що створює підґрунтя для глибшого дослідження специфіки адаптаційних процесів у важкопоранених комбатантів.

Класична концепція загального адаптаційного синдрому, запропонована Г. Сельє, відображає універсальний характер реакції організму на різноманітні стресори, зокрема фізичні та психологічні чинники [27, с. 42]. Ця теоретична основа може використовуватися для аналізу адаптаційних реакцій важкопоранених комбатантів, водночас вона не повною мірою враховує

специфічні соціально-психологічні аспекти, пов’язані з бойовою травмою, зміною соціальних ролей та необхідністю адаптації до нових життєвих обставин.

Дослідження Дж. Сноу та Л. Стейб, присвячені реакціям особистості на травматичні стресові події та їхньому впливу на психічне здоров’я, роблять вагомий внесок у розуміння механізмів виникнення й розвитку стресових розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Положення цих досліджень мають практичне значення для осмислення особливостей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів [399, с. 252].

Концепція когнітивного стресу, запропонована Д. Шектером, акцентує увагу на значущості особистісних та когнітивних процесів у формуванні стресових реакцій [435, с. 166]. Ця модель є актуальною для аналізу того, як важкопоранені військовослужбовці оцінюють і сприймають власну травму, що впливає на динаміку їх адаптації.

Теоретичні положення Н. Шиффа, що стосуються стресорних ситуацій та ролі когнітивної інтерпретації в адаптаційних реакціях, знайшли застосування у реабілітаційних процесах важкопоранених, де інтерпретація травматичного досвіду та обрана стратегія адаптації відіграють ключову роль [438, с. 225].

В Україні дослідження стресу та адаптації важкопоранених військових менш розвинуте, однак низка вчених зробила важливі кроки в цій галузі. І. Калінчук у своїх роботах зосередився на вивченні стресових реакцій в умовах тяжких фізичних і психологічних навантажень [124, с. 80]. Його роботи можуть допомогти вивчити особливості реакцій важкопоранених військових в умовах тривалого стресу. Г. Ришко також працював над дослідженням стресових реакцій і їх впливу на психічне здоров’я, що є корисним для вивчення впливу стресу на важкопоранених військових і розробки адаптаційних стратегій [145, с. 90].

Теорія стресу Г. Сельє має важливе значення для розуміння загальних закономірностей адаптаційних процесів у важкопоранених комбатантів,

водночас її положення потребують доповнення з урахуванням специфіки бойової травми та пов’язаних із нею соціально-психологічних чинників [27, с. 42]. Залучення теоретичних положень інших дослідників, зокрема Дж. Сноу, Л. Стейб, Д. Шектера та Н. Шиффа, дає змогу сформувати більш комплексне уявлення про механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, що може бути використане як теоретичне підґрунтя для розроблення ефективних заходів їхньої реабілітації та психологічної підтримки [429].

Отже, СПА важкопоранених – це складний і багатогранний процес, що включає взаємодію соціальних, психологічних і біологічних аспектів, дає уявлення про складність і багатоетапність адаптаційного процесу, що включає як індивідуальну, так і соціальну реабілітацію важкопоранених. Враховуючи актуальність цих питань, подальший науковий аналіз є необхідним для розробки ефективних програм і стратегій підтримки та реінтеграції важкопоранених осіб у суспільство.

Активне пристосування людини до різних умов життєдіяльності є соціально-психологічною адаптацією, ефективність якої залежить від низки суб’єктивних та об’єктивних чинників, насамперед від адекватності сприйняття індивідом себе та своїх соціальних зв’язків. У складних умовах життя процес адаптації набуває особливого значення, відображаючи здатність особистості стати суб’єктом активної діяльності.

Аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що питання соціально-психологічної адаптації активно досліджувалося в контексті різних категорій особистостей, зокрема військовослужбовців і правоохоронців. Серед українських вчених, які зробили значний внесок у вивчення цієї проблематики, варто виділити: О. Блінова, О. Вовчик-Блакитну, Л. Гребінь, А. Єфімову, І. Каськова, В. Кислого, З. Кісарчук, В. Клименка, Ц. Короленка, Г. Лазоса, Л. Литвиненко, С. Максименка, Я. Омельченка, О. Сафіна, В. Семиченка, Т. Титаренко, О. Ткачишину та ін. [28; 120; 154; 191; 273; 307; 309 та ін.]. Іноземні дослідники також збагачували теоретичні основи

розуміння процесу адаптації: Н. Агаєв, Г. Балл, С. Бохнер, К. Зеа, С. Кобб, К. Мартін, К. Роджерс, Г. Сельє, Н. Тріандіс, А. Фернем, К. Франк, Е. Фромм, Ф. Хоу, С. Шварц, Г. Шелленберг, Е. Шостром та ін. [386; 387; 404; 465 та ін.].

Однак, незважаючи на значний науковий інтерес до проблеми адаптації особистості в складних і екстремальних умовах, особливості соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залишаються недостатньо дослідженими.

Аналіз праць вітчизняних і іноземних дослідників свідчить, що питання адаптації військовослужбовців до бойової діяльності (І. Ліпатов), миротворців до особливих умов служби (Н. Агаєв), офіцерів-випускників до службової діяльності (В. Кислий), прикордонників до професійної діяльності (О. Самохвалов, О. Сафін) розглядалися переважно у контексті функціонального або службового пристосування [6; 276].

Натомість психологічні, емоційно-вольові та соціально-рольові аспекти адаптації осіб, які зазнали важких поранень у бойових діях, залишаються малодослідженими.

Майже не розкритими є такі характеристики адаптаційного процесу важкопоранених комбатантів:

− когнітивна перебудова у зв’язку з втратою функціональних можливостей (підходи К. Роджерса, Е. Фромма, Е. Шострома можуть бути теоретичною основою такого аналізу) [387 та ін.];

− соціальна підтримка як чинник успішної адаптації (теорія соціальної підтримки С. Кобба, роботи С. Шварца) [445 та ін.];

− стресові реакції та стресостійкість після травматичних подій (модель стресу Г. Сельє) [390, с. 91];

− інтеркультурні особливості адаптації (Н. Тріандіс, С. Бохнер, К. Зеа) в умовах інтеграції поранених у нові соціальні групи [396];

− етичні й екзистенційні аспекти адаптації особистості до нових обставин (погляди К. Франка, Е. Фромма) [464].

На основі аналізу наукових робіт учених можна окреслити ключові особливості соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів (табл. 1.16).

Таблиця 1.16

Ключові особливості соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Особливості адаптації	Ключові ідеї	Вчені	Методи дослідження та підходи
Трансформація ідентичності	Перебудова концепції «Я» внаслідок змін фізичних можливостей	К. Роджерс [387]	Психотерапія, наративні підходи, дослідження ідентичності
Соціальна підтримка	Важливість оточення, яке підтримує, для успішної адаптації	С. Бохнер, С. Кобб, К. Франк [445]	Соціометрія, групова терапія, соціальна підтримка
Подолання стресу і травматичного досвіду	Саморегуляція та подолання дистресу через спеціалізовані програми	Г. Сельє, Ф. Хоу, С. Шварц [390]	Когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, тренінги стрес-менеджменту
Культурно-соціальні аспекти адаптації	Вплив культурних норм і зміни соціального статусу	Н. Тріандіс, А. Фернем [408]	Крос-культурний аналіз, етнографічні дослідження
Фази адаптаційного процесу	Ускладнена фаза інтеграції через бар'єри в суспільстві	О. Ткачишина, В. Семиченко, Т. Титаренко [309]	Лонгітюдні дослідження, соціально-психологічний аналіз
Проблема дезадаптації	Ризик депресії, соціальної ізоляції, аутоагресії при незадовільній адаптації		Психологічна діагностика, психіатрична оцінка
Роль особистісних ресурсів	Значення самопідтримки, автономності та цілеспрямованості для подолання криз	Л. Литвиненко, С. Максименко, Е. Шостром [387]	Психометрія, інтерв'ю, дослідження мотивації

Таким чином, соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів має низку специфічних особливостей, серед яких центральними є глибинна перебудова особистісної ідентичності, критична роль соціальної підтримки, потреба в цілісних реабілітаційних програмах та формування особистісних механізмів подолання стресу і травми. Проведений теоретичний аналіз засвідчує, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів не обмежується окремими процесами подолання наслідків травми чи пристосування до змінених умов життєдіяльності. Вона передбачає взаємодію психологічних, особистісних, поведінкових і соціальних механізмів, спрямованих на відновлення внутрішньої цілісності особистості, її суб'єктності та здатності до повноцінного функціонування в нових умовах. З огляду на це виникає необхідність систематизації механізмів, які забезпечують цілісність і результативність адаптаційного процесу.

Узагальнення розглянутих теоретичних положень дає підстави виокремити системоутворювальні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. До них доцільно віднести психологічну корекцію психотравматичних наслідків, реконструкцію Я-концепції та особистісної і соціальної ідентичності, перебудову копінг-стратегій, відновлення сімейної взаємодії та соціальну дестигматизацію. Зазначені механізми утворюють систему, у межах якої зміни в одному компоненті впливають на перебіг інших адаптаційних процесів. Їх взаємодія визначає спрямованість і динаміку соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, забезпечуючи поступове відновлення внутрішньої цілісності особистості, її суб'єктності, функціональних можливостей та соціальної активності.

Узагальнення теоретичних положень дає підстави розглядати соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів до мирного життя як цілісний, динамічний і системний процес, у якому взаємодіють особистісні, емоційні, сімейні та соціальні складові. Визначені психологічні та соціальні механізми забезпечують взаємозв'язок між структурними складовими

адаптації та визначають характер її перебігу, що дає змогу перейти від розгляду окремих чинників адаптації до їх системної інтеграції.

З огляду на це розроблено структурно-функціональну модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка відображає взаємозв'язок її основних структурних компонентів, системоутворювальних механізмів та очікуваних функціональних результатів (рис. 1.17).

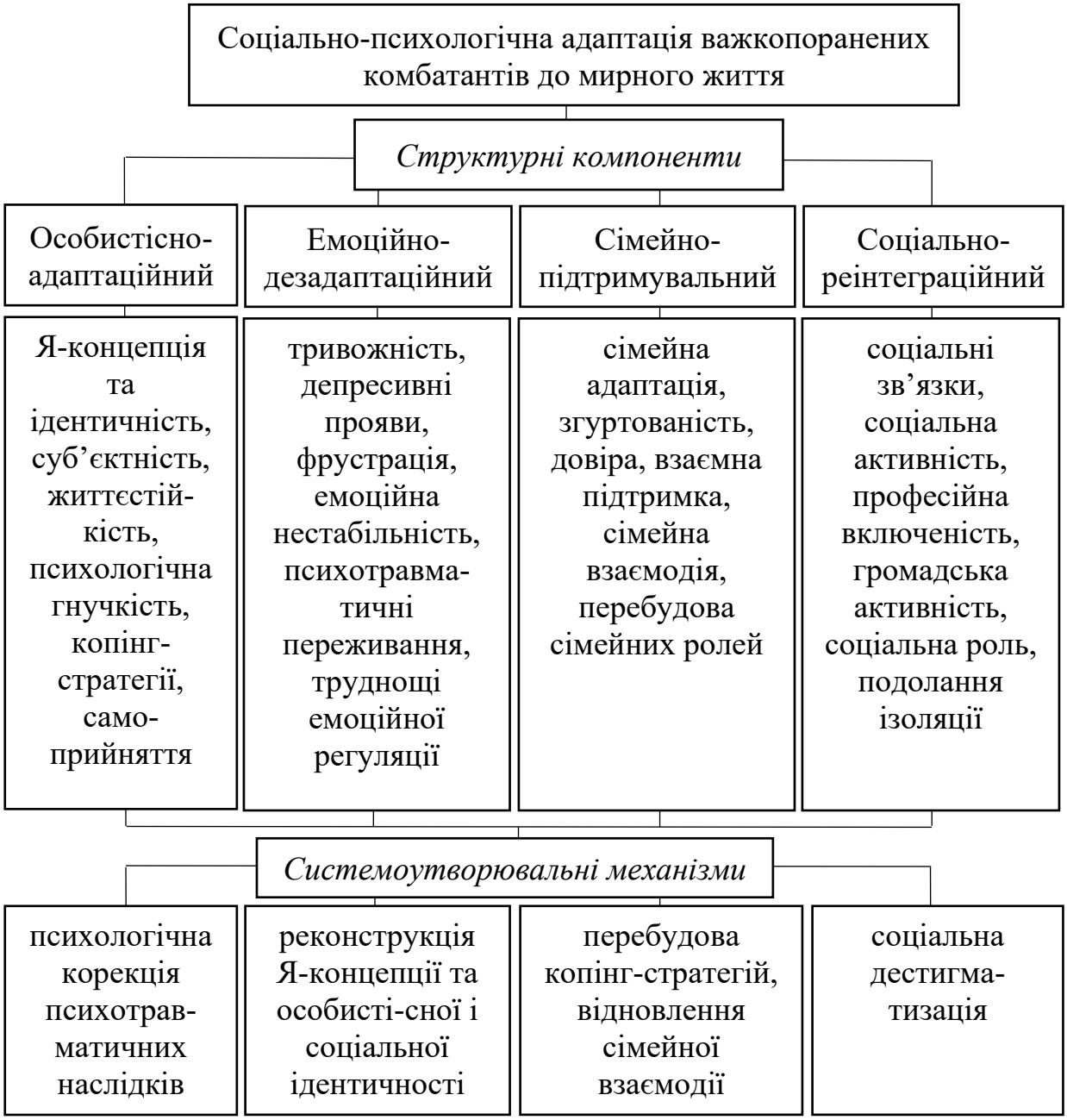


Рис. 1.17. Структурно-функціональна модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя

Модель охоплює чотири взаємопов’язані структурні компоненти соціально-психологічної адаптації: особистісно-адаптаційний, емоційно-дезадаптаційний, сімейно-підтримувальний та соціально-реінтеграційний. Їх виокремлення зумовлене специфікою життєвої ситуації важкопоранених комбатантів, для яких повернення до мирного життя пов’язане з подоланням наслідків фізичної травми, трансформацією самосприйняття, емоційної сфери, сімейних відносин і способів соціальної взаємодії.

Особистісно-адаптаційний компонент охоплює процеси відновлення суб’єктності, прийняття змін у фізичному та психологічному стані, реконструкції Я-концепції, особистісної й соціальної ідентичності, формування психологічної гнучкості, життєстійкості та продуктивних копінг-стратегій. Його функціональне значення полягає у формуванні внутрішніх ресурсів, необхідних для активного подолання наслідків поранення та пристосування до нових умов життєдіяльності.

Емоційно-дезадаптаційний компонент відображає специфіку емоційних і психотравматичних проявів, які можуть ускладнювати процес адаптації. До них належать тривожність, депресивні прояви, фрустрація, емоційна нестабільність, психотравматичні переживання, напруження та труднощі емоційної регуляції. Компонент має динамічний характер: зниження інтенсивності дезадаптаційних проявів і розвиток ефективних способів емоційної саморегуляції створюють передумови для подальшого відновлення адаптаційного потенціалу особистості.

Сімейно-підтримувальний компонент характеризує роль найближчого соціального оточення у процесі адаптації важкопораненого комбатанта. Він охоплює сімейну адаптацію, згуртованість, якість міжособистісної взаємодії, взаємну підтримку, відновлення довіри та перебудову сімейних ролей відповідно до нових життєвих обставин. Сімейна підтримка виступає зовнішнім ресурсом, що сприяє емоційній стабілізації, прийняттю змін та активізації адаптаційних можливостей особистості.

Соціально-реінтеграційний компонент відображає відновлення та розширення соціальних зв'язків, включення особистості у професійне, громадське та інші сфери суспільного життя. Він передбачає подолання соціальної ізоляції, відновлення соціальної активності, формування нових моделей взаємодії, відновлення професійної та соціальної ролі, подолання стигматизації, пов'язаної з інвалідністю, травматичним досвідом або зміною соціального статусу.

Взаємодія зазначених компонентів забезпечується системоутворювальними механізмами соціально-психологічної адаптації. До них віднесено психологічну корекцію психотравматичних наслідків, реконструкцію Я-концепції та особистісної і соціальної ідентичності, перебудову копінг-стратегій, відновлення сімейної взаємодії та соціальну дестигматизацію. Їх функціонування має взаємопов'язаний характер:

− психологічне подолання наслідків травми створює передумови для реконструкції ідентичності;

− зміна Я-концепції впливає на вибір способів подолання труднощів;

− ефективні копінг-стратегії підтримують емоційну стабільність і соціальну активність;

− відновлення сімейної взаємодії посилює соціально-психологічні ресурси;

− соціальна дестигматизація сприяє закріпленню результатів адаптації та повноцінній реінтеграції.

Таким чином, структурно-функціональна модель передбачає послідовне й взаємопов'язане розгортання адаптаційного процесу: від відновлення внутрішніх особистісних ресурсів і регуляції психоемоційного стану – через реконструкцію ідентичності, відновлення сімейної взаємодії та активізацію соціальної підтримки – до відновлення соціальної активності й реінтеграції у мирне життя. Результатом функціонування моделі є відновлення суб'єктності особистості, розширення її функціональних можливостей, підвищення

здатності до саморегуляції, відновлення соціальних зв'язків та включення у сімейне, професійне й громадське середовище.

У запропонованій моделі структурні компоненти відображають основні сфери, у яких відбуваються адаптаційні зміни. Системоутворювальні механізми визначають способи та напрями їх взаємодії, що дає змогу розглядати соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів як динамічний процес перебудови особистісної, емоційної, сімейної та соціальної сфер життєдіяльності. Рівень сформованості окремих компонентів і результативність їх взаємодії можуть істотно відрізнятися залежно від тяжкості та наслідків поранення, особливостей психоемоційного стану, характеру особистісних ресурсів, якості сімейної та соціальної підтримки, попереднього досвіду подолання стресу, професійних можливостей та умов соціального середовища.

Визначені у структурно-функціональній моделі компоненти соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів потребують детальнішого теоретичного обґрунтування. Аналіз наукових підходів, представлених у працях іноземних (Г. Сельє, К. Роджерса, Е. Фромма, Е. Шострома, С. Кобба, С. Шварца та інших) та українських (З. Кісарчук, Л. Литвиненко, Т. Титаренко, О. Ткачишиної та інших) учених [387; 390; 391; 395; 445 та ін.], дає змогу конкретизувати зміст системоутворювальних механізмів, через які реалізується взаємодія структурних компонентів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Першою складовою є психологічна корекція, зміст якої полягає у зниженні негативного впливу психотравматичних наслідків бойового досвіду та тяжкого поранення на процес подальшої адаптації особистості. Теоретичним підґрунтям для її розгляду є положення теорії стресу Г. Сельє, відповідно до якої тривалий або надмірний стрес може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів організму та розвитку дезадаптивних психофізіологічних реакцій [390, с. 92]. В умовах важкого поранення може виявлятися у виникненні або посиленні депресивних, тривожних і

посттравматичних проявів, гострих реакцій на стрес, емоційної дисрегуляції, зниженні здатності до саморегуляції та використання адаптивних способів подолання труднощів.

Напрямом психологічної корекції є робота з гострими реакціями на стрес, наслідками тривалого психоемоційного напруження, психологічними наслідками хронічного болю та фантомними переживаннями, іншими психоемоційними станами, пов'язаними зі зміною фізичного стану. Як засвідчує проведений аналіз біологічних і психологічних підходів до адаптації, тривале перебування особистості в умовах стресу негативно впливає на її емоційний стан, когнітивну активність, мотивацію, характер соціальної взаємодії та здатність до прийняття нової життєвої ситуації [27; 399; 435 та ін.]. Психологічна корекція потрібна для подолання окремих негативних симптомів, як механізм відновлення психологічної стабільності та актуалізації внутрішніх ресурсів особистості. Зниження інтенсивності психотравматичних переживань, розвиток навичок емоційної саморегуляції та формування адаптивних способів подолання труднощів створюють передумови для подальшого переосмислення власного досвіду та реконструкції системи уявлень про себе.

Другу системоутворювальну складову становить реконструкція особистісної та соціальної ідентичності. Її необхідність зумовлена тим, що тяжке поранення змінює звичний спосіб життєдіяльності людини, її фізичні можливості, професійні перспективи, систему соціальних ролей і уявлення про власне майбутнє. Унаслідок цього важкопоранений комбатант може переживати суперечність між сформованим до травми образом «Я» та новою життєвою ситуацією. Теоретичні положення К. Роджерса, Е. Фромма та Е. Шострома, які вже були розглянуті у межах аналізу адаптаційних процесів, дозволяють пов'язати успішність адаптації з процесами самопізнання, переосмислення особистісних можливостей, збереження внутрішньої цілісності та формування здатності до активного життєтворення [387; 395]. Адаптація важкопораненого комбатанта передбачає не відмову від

попередньої ідентичності, а її переосмислення та інтеграцію нового досвіду до цілісної системи уявлень про себе.

Реконструкція ідентичності охоплює переосмислення образу власного тіла, Я-концепції, професійної та соціальної ролі. Трансформації зазнають уявлення особистості про себе як про військового, людину зі зміненими функціональними можливостями, члена родини й учасника суспільного життя. У процесі адаптації відбувається поступове узгодження самосприйняття та формування нової інтегрованої ідентичності, що відповідає актуальним можливостям, потребам і життєвим цілям особистості.

Істотних змін зазнає уявлення «Я – військовий». Тяжке поранення може обмежувати можливість продовження попередньої професійної діяльності та поставити під сумнів звичні способи самореалізації. У таких умовах важливим стає інтеграція досвіду до нової системи життєвих орієнтирів. Теоретичні положення щодо активної суб'єктності, самопізнання та здатності особистості до життєтворення, представлені у працях К. Роджерса, Е. Фромма та Е. Шострома, дають підстави розглядати таку трансформацію як процес переосмислення власних можливостей і пошуку нових способів реалізації накопиченого досвіду [387; 395].

Формується або трансформується уявлення «Я – людина зі зміненими функціональними можливостями». Процес пов'язаний з усвідомленням фізичних обмежень, необхідністю включення зміненого тілесного досвіду до структури власної Я-концепції. Як було встановлено під час розгляду теорії тілесної інтеграції, зміна фізичного стану може впливати на самосприйняття, емоційний стан і характер соціальної взаємодії, що зумовлює необхідність поступового формування нового образу тіла та узгодження його з іншими компонентами особистісної ідентичності [21; 325 та ін.]. Прийняття змінених функціональних можливостей передбачає пошук нових способів самостійної діяльності та реалізації власного потенціалу.

Перебудови потребує позиція «Я – член родини». Після тяжкого поранення можуть змінюватися звичний розподіл сімейних ролей, рівень

самостійності, характер відповідальності та способи взаємодії між членами родини. Необхідність отримання допомоги може тимчасово змінювати становище комбатанта в сімейній системі, що іноді супроводжується переживанням залежності, втрати автономії або труднощами у прийнятті нової ролі. З огляду на положення про значення СП та міжособистісних зв'язків для адаптації, представлені у працях С. Кобба, Т. Титаренко, О. Ткачишиної та інших дослідників, реконструкція сімейної ідентичності передбачає отримання підтримки, поступове відновлення активної участі особистості у сімейному житті, прийнятті рішень і виконанні доступних соціальних функцій [307; 445 та ін.].

Подальшим напрямом реконструкції є трансформація уявлення «Я – член громади». Успішність соціально-психологічної адаптації визначається тим, наскільки важкопоранений комбатант може вийти за межі ролі особи, яка потребує лікування чи допомоги, та відновити відчуття належності до ширшого соціального середовища. Він може брати участь у професійній діяльності, громадських ініціативах, ветеранських спільнотах, волонтерській або наставницькій діяльності. Положення щодо значення соціального середовища, підтримки та активної взаємодії особистості із соціумом, представлені у працях С. Бохнера, С. Кобба, Н. Тріандіса, С. Шварца, Т. Титаренко та О. Ткачишиної, дозволяють розглядати включення до громади як умову подолання соціальної ізоляції та відновлення почуття належності [120; 307; 408; 445 та ін.].

Процес тісно пов'язаний із наративною реконструкцією «Я», тому що переосмислення травматичного досвіду дозволяє включити його до особистісної історії без руйнування відчуття психологічної цілісності. Реконструкція ідентичності спрямована на відновлення суб'єктної позиції важкопораненого комбатанта, його здатності самостійно визначати життєві цілі, приймати рішення та будувати нові перспективи власної соціальної й професійної реалізації.

Механізмом, що супроводжує реконструкцію ідентичності, є перебудова копінг-стратегій. Якщо способи подолання труднощів, сформовані до поранення, виявляються недостатніми або неефективними в нових життєвих умовах, виникає потреба у формуванні гнучких способів реагування на стресові ситуації. Теоретичні положення, пов'язані з подоланням стресу та розвитком саморегуляції, представлені у працях Г. Сельє, Ф. Хоу, С. Шварца та інших дослідників [390; 391 та ін.]. У соціально-психологічній адаптації перебудова копінг-стратегій передбачає поступовий перехід від уникнення, заперечення або пасивного переживання втрати до активного пошуку способів розв'язання проблем, використання соціальної підтримки та розвитку внутрішніх ресурсів.

Третьою системоутворювальною складовою є соціальна дестигматизація, яка пов'язана з подоланням зовнішніх і внутрішніх бар'єрів, що можуть ускладнювати повноцінну реінтеграцію важкопораненого комбатанта. Аналіз праць С. Бохнера, С. Кобба, С. Шварца, Н. Тріандіса, А. Фернема, а також Т. Титаренко, О. Ткачишиної та інших дослідників дозволяє розглядати соціальне середовище як активний чинник адаптації особистості [120; 307; 408; 445 та ін.]. Соціальна дестигматизація передбачає подолання самостигматизації, яка може виявлятися у зниженні самооцінки, уникненні соціальних контактів або відмові від активної участі в суспільному житті, негативних стереотипів щодо осіб зі зміненими фізичними можливостями, зменшення проявів соціального дистанціювання. Таким чином, потрібно створити сприятливе соціальне середовище, що забезпечує можливості для спілкування, професійної реалізації, громадської активності й освоєння нових соціальних ролей. Соціальна підтримка, яку С. Кобб розглядав як ресурс подолання складних життєвих ситуацій, у випадку важкопоранених комбатантів виконує компенсаторну й інтеграційну функції [445, с. 65]. Прийняття з боку родини, побратимів, професійного оточення та громади сприяє збереженню відчуття соціальної належності та створює умови для відновлення активної суб'єктної позиції.

У структурі соціальної дестигматизації відбувається відновлення сімейної взаємодії. Тяжке поранення змінює життя комбатанта та систему функціонування його родини. Адаптаційний процес передбачає поступове узгодження нових сімейних ролей, способів розподілу відповідальності, форм взаємної підтримки та комунікації. Родина виступає середовищем психологічного відновлення, реконструкції ідентичності та подолання соціальної ізоляції. Ефективність сімейної взаємодії залежить від здатності всіх її членів адаптуватися до змінених умов життєдіяльності.

Таким чином, психологічна корекція, реконструкція ідентичності та соціальна дестигматизація становлять три взаємопов'язані складові соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Психологічна корекція створює передумови для зниження інтенсивності психотравматичних проявів і відновлення емоційної стабільності. Реконструкція ідентичності забезпечує переосмислення власного досвіду, узгодження Я-концепції з новими умовами життєдіяльності та відновлення суб'єктності. Соціальна дестигматизація сприяє закріпленню нових способів взаємодії та повноцінній реінтеграції особистості в сімейне, професійне й громадське середовище.

Перебудова копінг-стратегій та відновлення сімейної взаємодії виконують наскрізну функцію у забезпеченні ефективності зазначених складових. Формування адаптивних способів подолання труднощів сприяє психологічній стабілізації та реконструкції ідентичності. Підтримувальна сімейна взаємодія створює соціально-психологічні умови для прийняття нової життєвої ситуації та подальшої соціальної реінтеграції.

На основі аналізу етапів соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, описаних у дослідженнях Н. Агаєва, Л. Гребінь, В. Семиченко та Ф. Хоу, можна провести аналогії та виявити специфіку процесу адаптації важкопоранених комбатантів [390]. Хоча контекст ситуацій різний (професійна адаптація / адаптація після поранення), однак загальні механізми перебігу етапів і внутрішні психологічні процеси мають схожі риси (рис. 1.18).

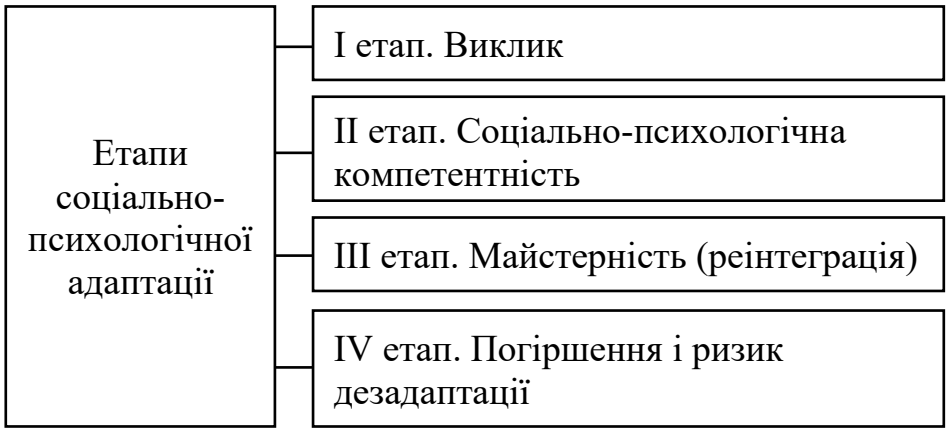


Рис. 1.18. Етапи соціально-психологічної адаптації військовослужбовців

Для важкопоранених комбатантів перший етап адаптації після отримання травми можна охарактеризувати як період максимального виклику. Комбатант стикається із втратою частини своїх фізичних функцій, зміною звичного способу життя, переосмисленням своєї соціальної ролі. Виклик полягає у фізичній реабілітації, у необхідності заново будувати систему соціальних зв'язків і внутрішніх уявлень про себе. Подібно до молодого фахівця на новій посаді, поранений має швидко адаптуватися до нових вимог, шукаючи довіру та підтримку близьких, побратимів і суспільства.

На етапі соціально-психологічної компетентності, як і в процесі професійної адаптації, важкопоранений комбатант повинен навчитися ефективно взаємодіяти з новим соціальним середовищем, яке включає здатність орієнтуватися в змінених соціальних очікуваннях, правильно розпізнавати емоційні стани інших людей (наприклад, співчуття, співпереживання, інколи – незручність або навіть уникання) і відповідно реагувати. Формуються нові навички комунікації у змінених умовах, що є важливим для збереження психологічної стійкості та самоповаги.

Етап майстерності (реінтеграції) характеризується тим, що важкопоранені комбатанти, які успішно подолали перші дві фази, демонструють розвиток внутрішньої стійкості та набуття майстерності у новій

життєвій ситуації. З’являються навички саморегуляції, нові професійні або соціальні орієнтири.

Багато ветеранів активно залучаються до громадської діяльності, стають наставниками для інших або освоюють нові професії, що відповідають їхнім можливостям.

На етапі погіршення зростає ризик дезадаптації. Подібно до військовослужбовців, які внаслідок тривалого стресового впливу можуть втрачати мотивацію до діяльності, важкопоранені комбатанти ризикують зіткнутися зі зниженням інтересу до активної діяльності, відчуттям життєвого застою та соціальною ізоляцією.

За умов недостатньої соціальної підтримки та виснаження внутрішніх ресурсів можуть посилюватися негативні психоемоційні стани, зокрема депресивні прояви, агресивні реакції та аутоагресивна поведінка.

Аналіз етапів СПА військовослужбовців дозволяє провести паралелі з процесом адаптації важкопоранених комбатантів: обидві категорії переживають період виклику, що вимагає швидкого пристосування до нових умов, проходять етап розвитку соціально-психологічної компетентності через формування нових способів взаємодії, досягають фази майстерності шляхом саморегуляції й набуття нових життєвих орієнтирів, однак обидві також стикаються з ризиком демотивації, застою чи дезадаптації, що підкреслює важливість постійної соціальної підтримки, сприятливого середовища та можливостей для самореалізації.

Відповідно до класичної моделі соціально-психологічної адаптації (іноземних (С. Бохнер, Н. Тріандіс, А. Фернем) [415]; українських (З. Кісарчук, Л. Литвиненко, Т. Титаренко, О. Ткачишина) вчених) [120; 307; 315 та ін.], адаптація важкопоранених комбатантів проходить через стадії, які окреслено у табл. 1.17.

Таблиця 1.17

Стадії соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів (на основі класичної моделі соціально-психологічної адаптації)

№ п/п	Назва стадії	Опис стадії	Ключові психологічні механізми	Можливі труднощі
1.	Стадія ознайомлення	Важкопоранений комбатант засвоює нові соціальні норми, що стосуються людей з інвалідністю, розуміє особливості нової соціальної ситуації, переосмислює свої можливості й обмеження. На емоційному рівні відбувається процес ідентифікації: прийняття себе у новій якості	Ідентифікація, когнітивна перебудова	Заперечення, страх, внутрішній протест
2.	Стадія рольової орієнтації	Формується нове розуміння власної соціальної ролі: замість образу «військового» може виникнути образ «громадського активіста», «учасника програм реабілітації», відбувається прийняття нових форм соціальної взаємодії	Переосмислення соціальної ідентичності	Нестача позитивних рольових моделей, рольова невизначеність

Продовження табл. 1.17

№ п/п	Назва стадії	Опис стадії	Ключові психологічні механізми	Можливі труднощі
3.	Стадія самоствердження	ВК прагне індивідуалізуватися в новому соціальному середовищі, поєднуючи вимоги соціуму з власними прагненнями. Процес інтеграції визна-чається тим, наскільки суспіль-ство готове прийняти й підтримати нову роль. Якщо самоствердження проходить успішно, у комбатанта формується стійка позитивна само-оцінка та почуття приналежності до нового соціального контексту. Якщо ні – виникає ризик дезадаптації, ізоляції або навіть маргіналізації	Самооцінка, соціальна інтеграція, автономія	Відчуття ізоляції, стигмати-зація, маргіналі-зація

Адаптація важкопоранених комбатантів, відповідно до класичної моделі соціально-психологічної адаптації, проходить через стадії ознайомлення, ролевої орієнтації та самоствердження: спочатку відбувається засвоєння нових соціальних норм і прийняття себе в новій ролі, далі формується нове розуміння власної соціальної ролі та способів взаємодії, а на завершальному етапі комбатант прагне поєднати суспільні очікування з особистими прагненнями, що визначає успішність його інтеграції або ризик виникнення дезадаптації.

При надмірно високій самооцінці ВК може переоцінювати свої можливості, що може призвести до скептичного ставлення з боку інших, ізоляції та озлобленості. А низька самооцінка веде до розвитку комплексу неповноцінності, зневіри в собі, відмови від ініціативи та зростання тривожності (за дослідженнями К. Мартіна, К. Роджерса) [386]. Для ефективної соціально-психологічної адаптації важкопоранених необхідно визначити ключові показники, які свідчать про успішний процес адаптації. За Е. Фроммом, це зокрема [395]:

- адекватний соціальний статус пораненого в новому середовищі;
- психологічне задоволення від його соціальних зв'язків.

За неуспішної адаптації спостерігаються переміщення в інше середовище або прояви відхиленої поведінки.

Згідно з С. Шварц та Г. Шелленберг успішній адаптації сприяють такі особистісні якості: комунікабельність, здатність до швидкого встановлення контактів, чітке визначення ролі в новій соціальній ситуації, самокритичність та здатність до саморегуляції [391]. Важливими передумовами адаптації також є збереження особистісної цілісності, здатність до планування діяльності та активна позиція в нових життєвих умовах. За результатами досліджень Е. Шостром та О. Ткачишиної, прийняття важкопораненим комбатантом нової соціальної ролі сприяє його інтеграції в змінене соціальне середовище та усвідомленню власного місця в ньому [387].

Процес соціально-психологічної адаптації значною мірою залежить від мотиваційної сфери особистості та її здатності пристосовуватися до нових життєвих умов, на що вказують В. Кислий та Ц. Короленко. Вивчення мотиваційних чинників дає змогу глибше зрозуміти особливості вибору комбатантом певних поведінкових стратегій, його ставлення до процесу відновлення та способи подолання труднощів [18].

Соціально-психологічна адаптація важкопораненого комбатанта визначається сукупністю зовнішніх і внутрішніх чинників. До зовнішніх належать, передусім, підтримка з боку близьких, родини, соціального

оточення та суспільства загалом, тоді як внутрішні охоплюють мотивацію, систему цінностей, інтереси та інші психічні властивості особистості. Такий взаємозв'язок зовнішніх умов і внутрішніх ресурсів особистості підкреслюють Я. Омельченко та Т. Титаренко [191].

Психологічна адаптація важкопоранених комбатантів, на думку С. Шварц, передбачає збереження природних характеристик особистості та здатність до гнучкої адаптації в нових умовах [79, с. 47]. Рівень їх адаптаційних можливостей є відображенням рівня розвитку соціальних відносин і соціального середовища загалом.

Отже, успішна соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів передбачає досягнення узгодженості між особистісними можливостями, соціальними вимогами та умовами нової життєвої ситуації. Вона охоплює комплекс взаємопов'язаних процесів, зокрема подолання наслідків травматичного досвіду, відновлення психологічної рівноваги, перебудову особистісної та соціальної ідентичності, розвиток адаптивних копінг-стратегій, відновлення соціальних зв'язків і формування нових соціальних ролей. Важливе значення при цьому мають соціальна підтримка, сімейне та професійне оточення, культурно-соціальні чинники й активність самої особистості у процесі пристосування до змінених умов життєдіяльності. Узагальнення різноманітних теоретичних підходів і результатів наукових досліджень засвідчує необхідність комплексного розуміння соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів як багаторівневого та динамічного процесу, у якому взаємодіють психологічні, соціальні, особистісні й поведінкові механізми. Подальші наукові дослідження в цій галузі є важливими для створення ефективних методів соціальної підтримки та розробки програм реабілітації, що сприятимуть успішній адаптації та реінтеграції важкопоранених осіб у суспільство.

1.3. Критерії та показники соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта

Процес реабілітації важкопоранених комбатантів охоплює фізичну та психологічну складові, оскільки відновлення функціональної мобільності є однією з важливих передумов їхньої успішної соціально-психологічної адаптації. Після отримання поранень, особливо за наявності ушкоджень нижніх кінцівок, важливого значення набуває оцінювання рівня функціональних можливостей особистості та визначення відповідного комплексу реабілітаційних заходів.

Проблематика функціональної мобільності досліджувалася як вітчизняними, так і зарубіжними науковцями. Серед українських учених, які розглядали різні аспекти функціональної мобільності, доцільно виокремити А. Артюшенка, В. Чепурного та О. Ярмака [100]. Серед іноземних дослідників зазначеної проблематики слід назвати Ф. Алеле, А. Асеведо, В. Вайатта, З. Зейглера, Л. Кампос, К. Коннабой, Б. Малау-Адулі, А. Малау-Адулі, М. Олсона, Л. Сексауера, М. Спіковка, Е. Стоукса, Д. Теоретика, Г. Тінгельстада, Д. Теорета, Ф. Хамана та інших [370; 389; 461 та ін.].

Водночас аналіз наукових джерел засвідчує недостатню розробленість проблематики функціональної мобільності саме важкопоранених комбатантів. Цільові дослідження, спрямовані на комплексне оцінювання їхньої функціональної мобільності та взаємозв’язку цього показника із процесами соціально-психологічної адаптації, представлені недостатньо. Обмеженість відповідних вітчизняних наукових розробок актуалізує потребу в подальшому дослідженні функціональних можливостей важкопоранених комбатантів, удосконаленні підходів до їхньої фізичної реабілітації та розробленні комплексних заходів, спрямованих на відновлення мобільності як важливої передумови їхньої подальшої соціальної активності та реінтеграції в суспільство.

Функціональна мобільність визначається як здатність особи самостійно або за допомогою технічних та інших засобів виконувати основні дії, пов'язані з пересуванням і самообслуговуванням, у побутовому, соціальному та професійному середовищі. Нормативне визначення функціональних можливостей особи встановлено наказом Міністерства соціальної політики України від 29.09.2021 р. № 551 «Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи» [223]. Оцінювання функціональної мобільності здійснюється з урахуванням рівня самостійності особи та передбачає визначення одного з п'яти ступенів функціональних можливостей, характеристику яких наведено в табл. 1.18.

Таблиця 1.18

Ступені функціональних можливостей у сфері мобільності (за наказом Мінсоцполітики України від 29.09.2021 р. № 551)

Назва ступеня	Характеристика ступеня	Потреби
Ступінь 0	Повна втрата можливості пересування, протезування недоцільне	Потреба в постійному сторонньому догляді. Використання інвалідного візка з асистентом. Особливі умови проживання
Ступінь 1 (значні обмеження)	Здатність до пересування у приміщенні на протезі з додатковою опорою	Реабілітаційна підтримка, адаптація житла. Індивідуальна програма з урахуванням ресурсів особи
Ступінь 2 (помірні обмеження)	Необмежене пересування у приміщенні та обмежене – поза ним	Часткова допомога. Рекомендована участь у програмах поступової мобілізації. Потреба в транспортній адаптації
Ступінь 3 (легкі обмеження)	Необмежене пересування у відкритому просторі	Незалежне функціонування з періодичними обмеженнями. Можливе часткове повернення до трудової діяльності
Ступінь 4 (відсутність обмежень)	Необмежене пересування без додаткової опори, із задоволенням високих фізичних вимог	Потреби в реабілітації мінімальні або відсутні. Можливість повної соціально-трудової інтеграції

Рівень мобільності суттєво впливає на вибір протезно-ортопедичних виробів: чим вищий ступінь функціональних можливостей, тим більш технологічно складні й функціональні компоненти (зокрема колінні вузли, штучні стопи, системи контролю руху) можуть використовуватися для задоволення потреб комбатанта.

На основі аналізу досліджень зарубіжних учених, присвячених фізичній мобільності військовослужбовців, зокрема З. Зейглера, Л. Кампос, Е. Стоукса, Д. Теорета та Ф. Хамана [57], запропоновано поняття «фізична мобільність важкопораненого комбатанта», під яким доцільно розуміти динамічну здатність і готовність особистості реалізовувати власні рухові можливості в процесі фізичного відновлення, реабілітації та повсякденної активності. Фізична мобільність є важливою складовою загальної особистісної мобільності та відображає здатність важкопораненого комбатанта активно використовувати й розвивати наявні рухові можливості, компенсувати функціональні обмеження та підтримувати необхідний рівень фізичної активності в процесі адаптації до змінених умов життєдіяльності.

У контексті теорії функціональних систем А. Асеведо, В. Вайатта та З. Зейглера [57] фізична мобільність розглядається як здатність людини свідомо регулювати власні рухові дії та поведінку, важливим чинником якої є мотивація до рухової активності та фізичного вдосконалення. За даними Г. Тінгельстада, складна й фізично напружена рухова діяльність потребує наявності відповідної мотивації та чітко визначеної мети [110, с. 26]. Довільне керування рухами пов’язане з усвідомленою потребою в руховій активності та спрямованістю на досягнення конкретного фізичного результату.

Формування фізичної мобільності передбачає здатність особистості оцінювати інформацію про власний фізичний стан і функціональні можливості, визначати реалістичні цілі та завдання, а також формувати внутрішню готовність до фізичних навантажень. Усвідомлення мети, цілеспрямована розумова діяльність і прагнення до відновлення або

максимально можливого використання наявних рухових функцій становлять важливі передумови фізичної мобільності важкопораненого комбатанта.

Відповідно до підходів іноземних (В. Вайатта, З. Зейглера, Л. Кампос, М. Олсона, Л. Сексауера, Д. Теоретика, Г. Тінгельстада, Д. Теорета, Ф. Хамана) [57] та українських (А. Артюшенка, В. Чепурного, О. Ярмака) [125] учених, фізична мобільність формується в результаті взаємодії мотиваційних, когнітивних і фізіологічних чинників. Їхнє поєднання визначає готовність особистості до рухової активності, здатність до цілеспрямованого управління власними руховими можливостями та поступового подолання функціональних обмежень.

Важливими чинниками формування фізичної мобільності, згідно з О. Ярмак, є [125, с. 115]:

- потреба в русі як базова біологічна потреба;
- прагнення до відновлення функціональної незалежності;
- інтерес до фізичного вдосконалення;
- позитивне ставлення до реабілітаційної діяльності;
- організація реабілітаційного процесу;
- особистісні якості реабілітолога й інструкторів;
- фізичний стан та рівень рухової підготовленості;
- успішність фізичних вправ і ступінь задоволення від досягнутих результатів.

Фізична мобільність не є сталою характеристикою – вона формується і розвивається залежно від рівня мотивації, успіхів у відновленні, наявності підтримки й умов реабілітаційного середовища. На всіх етапах її розвитку вирішальну роль відіграють свідомі зусилля людини, бажання відновити активність, подолати біль і втому.

Під час вибору шляхів відновлення фізичних функцій важкопоранений комбатант здійснює складну когнітивну діяльність, оцінюючи власні можливості, потенційні ризики та прогнозуючи наслідки запланованих дій. Процес прийняття рішень є важливою складовою фізичної мобільності,

оскільки визначає внутрішню готовність особистості до фізичної активності, сприяє усвідомленому вибору способів відновлення та забезпечує цілеспрямованість у досягненні реабілітаційних цілей.

Фізична мобільність ВК є комплексним відображенням його функціональних можливостей, свідомого прагнення до фізичного відновлення, здатності цілеспрямовано керувати власною руховою активністю, долати або компенсувати наявні функціональні обмеження та досягати максимально можливої функціональної самостійності.

Водночас ПР є паралельною та невід'ємною складовою відновлення функціональної мобільності, оскільки психологічний стан, мотивація, емоційна саморегуляція та готовність особистості до подолання труднощів безпосередньо впливають на її залучення до процесу фізичного відновлення.

Відповідно до сучасних підходів психологічної допомоги, сформованих на основі досліджень як іноземних (В. Антоні, С. Белроуз, Д. Бріер, Дж. Герман, О. Гульбс, П. Кнехта, Д. Креймеєр, Д. Ліндерман, С. Мартін, К. Скот, М. Фаркас) [138 та ін.], так і українських (В. Алещенко, В. Волошина, Г. Верба, А. Гаврилюк, Л. Гридковець, О. Дорошенко, О. Кокун, В. Лескова, Н. Сургунд, Т. Титаренко, Ю. Цуркан-Сайфуліна) [143 та ін.] учених, психологічна реабілітація має базуватися на принципах особистісного підходу, визнання травматичного досвіду та стимулювання внутрішніх ресурсів особистості до подолання наслідків травми.

Реабілітація ВК у сучасному науковому полі – як українському, так і міжнародному – майже не досліджена комплексно. Дотепер більшість наукових праць зосереджені на загальних аспектах травматичного досвіду або окремих видах допомоги (психотерапія, фізична реабілітація), що залишає поза увагою системний підхід до інтегрованої реабілітації важкопоранених військовослужбовців.

Утім, на основі узагальнення наявних наукових джерел, можна виокремити певні ефективні механізми психологічного супроводу, зокрема: активізацію внутрішньої мотивації до змін, розвиток навичок саморегуляції,

відновлення образу тіла, роботу з травматичними спогадами та формування нових соціальних зв'язків.

Комплексна підтримка в процесі реабілітації важкопоранених комбатантів спрямована на відновлення фізичних і психологічних функцій, успішну адаптацію до нових життєвих обставин та забезпечення їхньої соціальної активності, суб'єктності й психологічного благополуччя.

На основі аналізу наукових праць В. Алещенко, А. Гаврилюк, Т. Титаренко, К. Скот та М. Фаркаса [137 та ін.] встановлено, що реабілітація важкопоранених комбатантів є важливою складовою процесу їхньої соціально-психологічної адаптації після повернення із зони бойових дій. Вона охоплює комплекс фізичних, медичних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених психофізіологічних і психічних функцій, оптимізацію функціональних можливостей і працездатності, а також підвищення рівня соціальної активності важкопоранених комбатантів, які зазнали впливу екстремальних психогенних чинників.

Основні цілі реабілітації важкопоранених комбатантів, визначені на основі підходів О. Кокуна, В. Лескової, Н. Сургунд та Т. Титаренко [142 та ін.], які розглядали проблематику реабілітації військовослужбовців загалом, представлено на рис. 1.19.

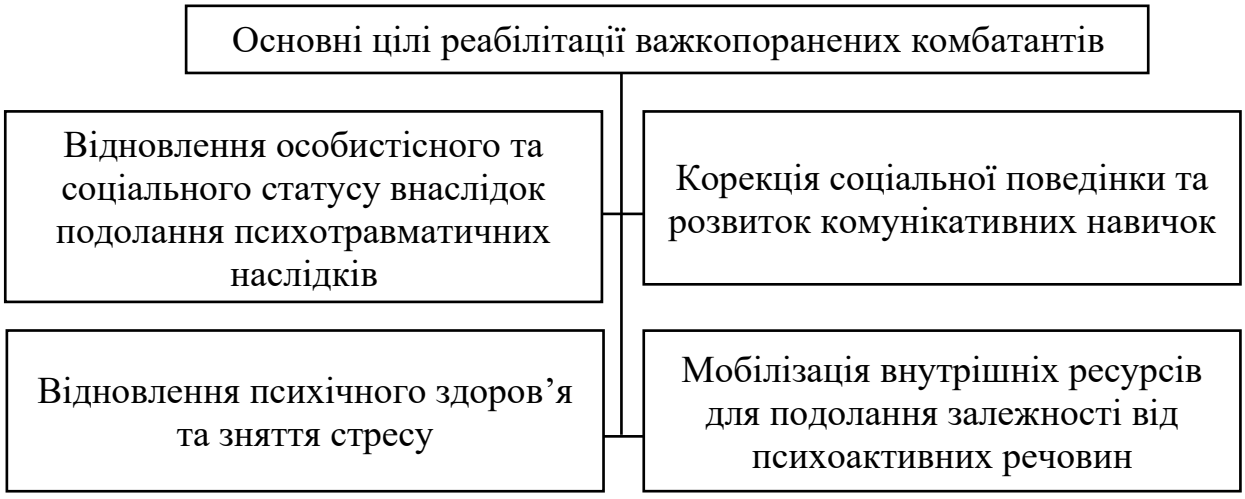


Рис. 1.19. Основні цілі реабілітації важкопоранених комбатантів

Відновлення особистісного та соціального статусу внаслідок подолання психотравматичних наслідків. Як зазначає В. Алещенко, важливими складовими реабілітації військовослужбовців є фізичне та соціальне відновлення, що сприяють запобіганню соціальній ізоляції [7, с. 7]. В. Волошина підкреслює, що зміна соціального статусу важкопораненого комбатанта є важливим етапом його адаптації до нових умов життєдіяльності, оскільки впливає на характер взаємодії з соціальним оточенням і сприяє формуванню нового соціального образу [58, с. 8].

Корекція соціальної поведінки та розвиток комунікативних навичок. Відповідно до підходів Г. Верби та О. Кокуна, у період після повернення з бойових дій соціальна поведінка важкопораненого комбатанта може супроводжуватися труднощами у взаємодії з іншими людьми [419, с. 74]. У зв'язку з цим важливим напрямом реабілітації є розвиток навичок ефективної комунікації, самореалізації та конструктивного розв'язання соціальних конфліктів. Формування зазначених компетентностей сприяє відновленню міжособистісної взаємодії, розширенню соціальних контактів і більш успішній інтеграції комбатанта в нові соціальні структури.

Відновлення психічного здоров'я та зняття стресу. А. Гаврилюк та Л. Гридковець підкреслюють, що відновлення психічного здоров'я після впливу екстремальних і психотравмувальних чинників має важливе значення для подальшого повноцінного функціонування особистості [7, с. 8]. На їхню думку, важливими завданнями реабілітації є зниження рівня тривожності, подолання депресивних проявів та інших негативних наслідків стресу, пов'язаних із бойовим досвідом, оскільки вони можуть значно ускладнювати процес соціально-психологічної адаптації та перешкоджати відновленню психічної рівноваги.

Мобілізація внутрішніх ресурсів для подолання залежності від психоактивних речовин. Після повернення із зони бойових дій у частини важкопоранених комбатантів можуть виникати проблеми, пов'язані з уживанням алкоголю або наркотичних засобів, що актуалізує необхідність відновлення психологічної стабільності та формування ефективних способів

подолання психотравматичних наслідків. Важливого значення у цьому контексті набуває своєчасне надання психотерапевтичної допомоги, на чому наголошують О. Дорошенко та Н. Сургунд, підкреслюючи її важливу роль у процесі реабілітації [296, с. 90].

Сукупність визначених цілей формує основу комплексного підходу до психосоціальної реабілітації важкопоранених комбатантів, орієнтованого не лише на подолання наслідків травми, а й на відновлення їхньої функціональної спроможності, соціальної активності та здатності до повноцінної життєдіяльності.

До проблематики надання реабілітаційних послуг важкопораненим комбатантам зверталися як вітчизняні, так і іноземні дослідники. Зокрема, В. Алещенко акцентує увагу на необхідності міждисциплінарного підходу до реабілітації, який охоплює медичну, психологічну та соціальну складові відновлення особистості [308, с. 1808]. Л. Гридковець наголошує на значенні духовно-моральної підтримки у процесі психоемоційного відновлення, зокрема ролі смислотворення та духовних ресурсів у подоланні посттравматичних наслідків [324, с. 278]. Аналізуючи групові форми психотерапевтичної роботи, О. Дорошенко та Н. Сургунд відзначають їхню ефективність, зокрема в діяльності кризових центрів, де одним із пріоритетних завдань є ресоціалізація через залучення осіб до активної соціальної взаємодії [296, с. 90]. У контексті збереження особистісної ідентичності після бойових дій Ю. Цуркан-Сайфуліна підкреслює важливість формування індивідуального реабілітаційного маршруту, орієнтованого на специфічні потреби кожного комбатанта [308, с. 1808].

Серед іноземних дослідників вагомий внесок у розроблення підходів до реабілітації осіб, які зазнали психотравматичного досвіду, здійснила Дж. Герман, яка запропонувала етапну модель відновлення після психологічної травми, що охоплює стабілізацію, реконструкцію травматичного досвіду та реінтеграцію [427, с. 2377]. Проблематику формування системи комплексної підтримки ветеранів, заснованої на координації медичної, психотерапевтичної

та соціальної допомоги на міжвідомчому рівні, досліджували О. Гульбс та П. Кнехта, обґрунтовуючи значення інтегрованого підходу до реабілітації [418, с. 159]. С. Мартін та К. Скот розглядають застосування когнітивно-поведінкових технік у терапії посттравматичного стресового розладу в амбулаторних умовах, відзначаючи їхню роль у зменшенні вираженості симптомів і покращенні адаптаційних можливостей пацієнтів [425]. М. Фаркас обґрунтувала концепцію «відновлення через участь», відповідно до якої активне залучення особи до соціального життя через працевлаштування, волонтерську діяльність або навчання є важливим компонентом процесу відновлення та успішної ресоціалізації [420, с. 171].

На основі проведеного аналізу можна виокремити основні напрями реабілітаційних послуг для важкопоранених комбатантів (табл. 1.19).

Таблиця 1.19

Основні напрями реабілітаційних послуг для важкопоранених комбатантів

Назва напряму	Сутність та завдання	Дослідники /автори підходу
Психологічна діагностика	Оцінка психологічного стану, виявлення потреб, підбір методів реабілітації	В. Лескова, Ю. Цуркан-Сайфуліна [296]
Психологічна просвіта та інформування	Формування знань про психіку в екстремальних умовах, розвиток навичок самодопомоги	Т. Титаренко, О. Кокун [296]
Психологічне консультування	Допомога в прийнятті рішень, опрацювання емоцій, зміна ставлення до проблеми	Д. Бріер, Дж. Герман [427]
Психологічна підтримка і психологічний супровід	Професійне самовизначення, соціальна адаптація, розвиток соціальних навичок	С. Мартін, П. Кнехта [418]
Психотерапія	Відновлення психічного стану через індивідуальні та групові методи	Д. Ліндерман, В. Антоні [418]
Групова робота	Саморозкриття, розвиток комунікації, взаємна підтримка через обмін досвідом	С. Белроуз, М. Фаркас [420]

Психологічна реабілітація важкопоранених комбатантів є комплексним процесом, який вимагає гнучкого підходу та використання різноманітних методів для відновлення фізичних, психологічних та соціальних функцій. Вона дозволяє врахувати індивідуальні особливості кожного ВК і сприяти його ефективній адаптації до мирного життя.

Отже, ефективна реабілітація та відновлення функціональної мобільності важкопоранених комбатантів потребують інтеграції медичних, фізичних, психологічних і соціальних підходів, спрямованих на відновлення функціональної спроможності та повернення особистості до активної життєдіяльності. Такий підхід передбачає всебічне оцінювання фізичних можливостей, індивідуалізацію реабілітаційного маршруту, розвиток психологічної готовності до відновлення, підтримання мотивації до самовідновлення та створення сприятливого соціального середовища. З урахуванням наукових напрацювань українських і іноземних дослідників, зокрема Е. Бляйберга, Т. Зайцевої, Б. Зіглер, С. Слободянюка, О. Сущенка, Д. Теоретика та ін., актуалізується потреба у формуванні цілісної моделі функціонального відновлення важкопоранених комбатантів, яка поєднувала б фізіологічні, когнітивні, психологічні та соціально-особистісні ресурси [334 та ін.]. Відповідно, функціональне відновлення доцільно розглядати не лише як відновлення рухових можливостей, а як комплексний процес, що створює передумови для відновлення автономності, соціальної активності, суб’єктності та подальшої соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Подальші наукові дослідження мають бути спрямовані на розроблення та вдосконалення комплексних реабілітаційних практик, визначення критеріїв оцінювання функціонального відновлення та підвищення якості життя важкопоранених комбатантів.

Психічний стан є чинником, що визначає ефективність адаптації ВК до нових життєвих умов після отримання бойових травм. У дослідженнях психології особистості в екстремальних і постекстремальних умовах (бойові

дії, поранення, втрата фізичних функцій тощо) зазначається, що військовослужбовці зазнають глибоких внутрішніх змін, які зачіпають емоційну сферу, самооцінку, ідентичність та здатність до соціального функціонування.

Зміни психічного стану в таких умовах охоплюють широкий спектр проявів – від тривожності, депресії, почуття провини та втрати сенсу життя до посттравматичного стресового розладу та навіть суїцидальних думок. Особливої уваги потребує феномен зниження самооцінки у зв'язку з фізичними обмеженнями, втратою соціального статусу, відчуженням від мирного суспільства, що ускладнює емоційну стабільність комбатанта та здатність до конструктивної взаємодії з оточенням.

Попри наявні напрацювання у військовій психології, психічний стан важкопоранених комбатантів залишається недостатньо дослідженим. Їхня ситуація є унікальною: поєднання травматичного досвіду, фізичних обмежень і потреби у психологічній, соціальній та фізичній реабілітації створює особливий контекст, що вимагає глибокого, комплексного аналізу. Недостатність системних досліджень у цій сфері ускладнює розробку ефективних стратегій підтримки, реінтеграції та розвитку внутрішніх ресурсів особистості комбатанта.

Вивчення психічного стану, самооцінки й емоційної стабільності важкопоранених комбатантів має стати пріоритетним напрямом наукових досліджень, що дозволить більш глибоко зрозуміти їх потреби та забезпечити цілісну систему допомоги.

Психічні стани особистості в екстремальних, особливих умовах є предметом глибокого міждисциплінарного вивчення в психології, психіатрії, нейронауках та суміжних науках. Відповідно до загальноприйнятих підходів у психології, психічний стан – це відносно стійке психічне явище, що має динамічну природу, початок і завершення, відображає своєрідність функціонування психіки в конкретний період часу (В. Даль, Б. Колк) [339 та ін.].

Особливої уваги заслуговує психічний стан ВК, оскільки він формується в умовах екстремального стресу, фізичного болю, втрати, загрози життю і зміни соціального статусу. Характеризується комплексністю та взаємопов'язаністю емоційних, когнітивних, вольових та фізіологічних реакцій. Його вивчення потребує глибокого аналізу як з психологічної, так і з біопсихосоціальної точки зору, адже він має вплив на подальшу реабілітацію, адаптацію та інтеграцію особистості в суспільство.

Іноземні вчені приділяють значну увагу дослідженню психічних станів військовослужбовців, зокрема посттравматичних реакцій (табл. 1.20).

Таблиця 1.20

Напрями реабілітаційних послуг для важкопоранених комбатантів

Вчений	**Напрям реабілітації**	**Ключові ідеї /концепти**	**Особливості підходу**	**Критичний аналіз (оцінка ефективності, межі застосування)**
Б. Колк [339]	Тілесно-орієнтована терапія, соматичне відновлення	ПТСР «записується в тіло»; травма – не лише у свідомості, а й у нервовій системі	Акцент на тілесну пам'ять, дихання, йогу, тілесну активність	Ефективно для хронічного ПТСР, однак потребує спеціальної підготовки фахівців
Б. Літц [386]	Моральна реабілітація	Моральна травма» – порушення ціннісної основи особистості через участь у бойових діях	Психо-терапевтична робота з провиною, соромом, самозви-нуваченням	Складно піддається зміні в умовах недостатньої підтримки; потребує духовного компонента
Вчений	Напрям реабілітації	Ключові ідеї /концепти	Особливості підходу	Критичний аналіз (оцінка ефективності, межі застосування)
Ч. Хоге [392]	Медико-психоло-гічна інтеграція	Психо-фізіологія ПТСР: реакції мозку, гормональні зміни, соматичні наслідки	Поєднання психофар-макології, когнітивних втручань та фізичного лікування	Надзвичайно практичний підхід; однак – медико-центричний, з меншим акцентом на сенси

Продовження табл. 1.20

Вчений	**Напрям реабілітації**	**Ключові ідеї /концепти**	**Особливості підходу**	**Критичний аналіз (оцінка ефективності, межі застосування)**
Дж. Шей [434]	Екзистен-ційно-гумані-стична психо-терапія	Травма – це біль, втрата сенсу, довіри, братерства	Робота з історіями, наративом, культурними текстами (Гомер, Софокл)	Підходить для групової терапії, ветеранів із глибокими моральними конфліктами
Д. Шарф [414]	Психо-динамічна реабілітація	Усвідомлення внутрішніх конфліктів, роль міжособи-стісної підтримки у подоланні травми	Робота з прив'язаністю, дитячими травмами, «внутрішнім Я»	Довготривалий процес; ефективний для ветеранів з попередніми психологічними труднощами
Дж. Сарін [420]	Соціально-екологічний підхід	Адаптація залежить від контексту: доступу до ресурсів, спільноти, державної підтримки	Включення родини, громади, соціальної політики в реабілі-таційний процес	Підвищує ефективність відновлення, але вимагає міжсекторальної взаємодії

В українській науці питання психічного стану військовослужбовців досліджували зокрема: О. Бойко, Д. Зубовський, М. Томчук, О. Пархоменко, А. Терещук, І. Приходько та С. Чижевський, які акцентували увагу на адаптаційних стратегіях, ресурсах подолання та індивідуальних особливостях психологічного реагування [129; 271; 334 та ін.].

Процеси психологічної реабілітації, відновлення комунікативних та соціальних навичок, формування мотивації до життя після травми стали предметом дослідження С. Максименка, Н. Оніщенко, Є. Потапчука та С. Яковенка [8 та ін.]. Акцентували увагу на ролі соціального середовища, психологічної підтримки та когнітивної перебудови в процесі повернення

пораненого бійця до активного соціального функціонування А. Лиман, М. Корольчук, Е. Литвиненко, О. Тімченко, О. Хміляр [136 та ін.].

З огляду на це, психічний стан ВК потребує глибокого системного дослідження, оскільки він є реакцією на фізичну травму, відображенням глибинних змін в особистісній, мотиваційній та світоглядній сферах.

Психічні стани важкопоранених комбатантів відображають внутрішній психічний фон, реакцію на життєво важливі зміни, спричинені бойовими травмами, фізичними втратами, соціальною ізоляцією чи зміною статусу.

У будь-якому психічному стані важкопораненого комбатанта можна виокремити три загальні виміри (рис. 1.20).

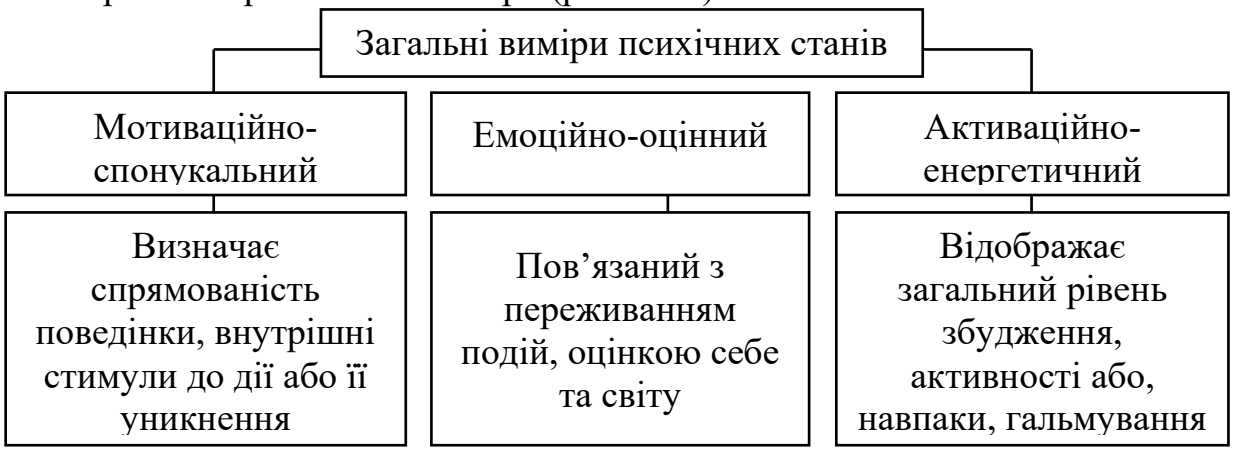


Рис. 1.20. Загальні виміри психічних станів важкопораненого комбатанта

Загальні виміри психічних станів тісно переплетені між собою й у своїй сукупності формують унікальну психічну картину, яка відображає актуальні переживання, глибші процеси адаптації особистості до нових реалій життя (за даними досліджень М. Корольчук, О. Хміляр) [136]. У випадку важкопоранених комбатантів така психічна динаміка значно ускладнюється факторами фізичної травматизації, втрати професійної ролі, загрози життєвій цілісності та зміни соціального статусу.

Проаналізувавши праці іноземних (Дж. Сарін, Ч. Хоге, Д. Шарф) [414 та ін.] та українських (Н. Оніщенко, О. Пархоменко, І. Приходько, А. Терещук,

О. Тімченко) [231 та ін.] учених, було виявлено, що психічні стани ВК мають специфічні ознаки, серед яких:

− полярність (наприклад, впевненість – тривожність, спокій – напруження);

− рухливість (стани швидко змінюються під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників);

− відносна стійкість (зберігаються протягом певного часу та впливають на перебіг психічних процесів і формування особистісних рис);

− взаємозв'язок з когнітивними, емоційними, вольовими і мотиваційними проявами.

Цілісність психічного стану проявляється в тому, що він охоплює всі компоненти психіки: від фізіологічного рівня до рефлексивного осмислення власного «Я». Наприклад, стан пригнічення поєднує фізичну слабкість, втрату мотивації, емоційну порожнечу, зниження самооцінки та соціальну дезадаптацію. Як відзначають О. Бойко та С. Чижевський, багатовимірна структура психічного стану дозволяє говорити про його ключову роль у зміні особистості під впливом екстремальних чинників [64].

Унаслідок екстремального досвіду та тілесних ушкоджень у важкопоранених військовослужбовців нерідко відбувається глибока трансформація особистості, що виявляється у зміні життєвих цінностей, установок, ідентичності. На думку Б. Колка та Дж. Шея, така трансформація є результатом тривалого переживання травматичних подій, які змінюють поведінку та глибинну структуру «Я» [199]. Психічні стани тимчасово впливають на функціонування психіки, стають основою формування нових особистісних рис: підвищеної тривожності, замкнутості або, навпаки, стійкості та рішучості. Аналогічно, Д. Зубовський підкреслює роль психічних станів у формуванні адаптивних або дезадаптивних патернів реагування на травму [262]. Особливої уваги заслуговує психологічна динаміка психічних станів комбатанта: від гострої стресової реакції до хронічних станів, що призводить до ПТСР або депресії, яку аналізує В. Даль, зосереджуючи увагу

на переході від нормальної реакції на загрозу до патологічної стійкої симптоматики [306]. Наявність фізичних обмежень, втрата звичної соціальної ролі «захисника» та порушення усталених соціальних зв'язків можуть посилювати кризу ідентичності, спричиняти фрустрацію, апатію та емоційну нестабільність, що ускладнює процес соціально-психологічної адаптації. Зазначені аспекти розглядали А. Лиман і С. Яковенко у контексті дослідження соціально-психологічної адаптації ветеранів [285].

Психічні стани важкопоранених комбатантів мають складну структуру, яка включає когнітивні, емоційні, мотиваційні, нейродинамічні, психомоторні компоненти. Багатокомпонентність, як підкреслює Б. Літц, ускладнює їх діагностику і вимагає комплексного підходу до вивчення [46, с. 13]. В українському науковому дискурсі аналогічні положення розвиває М. Корольчук, акцентуючи увагу на інтегративному характері психічної регуляції особистості в умовах посттравматичних змін [138, с. 72].

На сьогодні, незважаючи на наявність різнопланових досліджень у галузі військової та екстремальної психології, єдина теорія психічних станів відсутня, що зумовлює термінологічну невизначеність та різночитання в інтерпретаціях. Це стосується станів у контексті бойових поранень, які поєднують фізичну, емоційну та соціальну травматизацію. Як зазначає О. Хміляр, ефективна психологічна допомога неможлива без системного бачення природи психічних станів, що виникають у ветеранів із бойовим досвідом [21, с. 158].

Згідно зі ступенем узагальненості, психічний стан комбатанта має три взаємопов'язані підструктури (рис. 1.21).

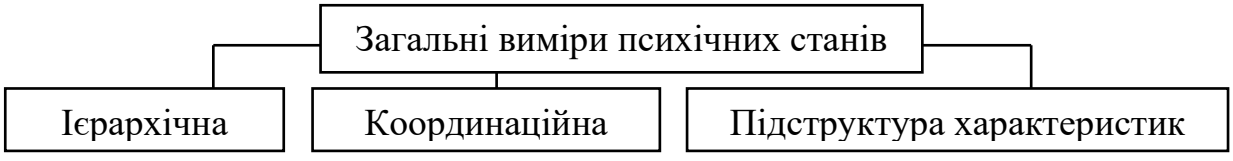


Рис. 1.21. Компоненти психічного стану комбатанта відповідно до рівня узагальненості

Іноземні дослідники, а саме Дж. Сарін, Ч. Хоге та Д. Шарф, підтверджують важливість взаємозв'язку фізичних поранень і психічних порушень, зокрема в аспекті коморбідності ПТСР, депресії та соматоформних розладів. У роботах Ч. Хоге особливо підкреслюється роль моральної травми та зміни самоідентичності [414]. Українські дослідники також описують емоційні реакції та адаптаційні труднощі поранених військових, однак структурна модель, що комплексно охоплює ці рівні, не представлена.

У наявних підходах відсутня диференціація ієрархічних рівнів психічного стану в динаміці поранення – реабілітації – соціального повернення. Немає комплексного узагальнення змін за фізіологічною, психофізіологічною, психологічною та соціальною площинами у структурному вигляді. Узагальнення результатів емпіричних досліджень науковців дало змогу виокремити ієрархічну структуру психічних станів важкопоранених комбатантів, що охоплює взаємопов'язані рівні, характеристику яких наведено в табл. 1.21.

Таблиця 1.21

Ієрархічна підструктура психічних станів важкопоранених комбатантів

№ п/п	Рівень	Характеристика	Прояви у поведінці
1.	Фізіологічний рівень	Охоплює зміни у функціонуванні організму, спричинені пораненням, оперативними втручаннями, болем, гормональними порушеннями тощо	Хронічна втома, дратівливість, порушення апетиту, проблеми зі сном, рухові обмеження
2.	Психо-фізіологічний рівень	Включає вегетативні реакції (пітливість, тахікардія), зміни сенсорики та моторики, підвищену збудливість або загальмованість	Нервозність, несподівані реакції на подразники, рухове занепокоєння або сповільненість
3.	Психологічний рівень	Пов'язаний з динамікою психічних процесів (сприймання, мислення, пам'яті), появою емоційної лабільності, порушенням	Перепади настрою, замкнутість, агресивність, зниження інтересу до життя

Продовження табл. 1.21

№ п/п	Рівень	Характеристика	Прояви у поведінці
		вольової регуляції, депресивними або тривожними тенденціями вольової регуляції, депресивними або тривожними тенденціями	
4.	Соціально-психологічний рівень	Визначається зміною стосунків із соціальним оточенням, переосмисленням життєвих цілей, відчуттям ізольованості або, навпаки, зростанням потреби в підтримці й визнанні	Соціальна відчуженість, конфліктність, потреба у приналежності, зниження самооцінки

Охарактеризовані рівні сприятимуть цілісній діагностиці стану важкопораненого комбатанта та розробленні міждисциплінарної стратегії підтримки.

Дослідження Ч. Хоге наголошують на ролі самозвинувачення, втрати сенсу та моральної дезорієнтації комбатантів як важливих чинників психічної дестабілізації [414, с. 14]. Водночас у зазначених дослідженнях недостатньо розкрито механізми поведінкового прояву таких переживань та їх трансформації під впливом зовнішньої підтримки. Також потребує подальшого вивчення співвідношення суб'єктивної оцінки психічного стану, що відображає внутрішній досвід комбатанта, та об'єктивних показників, представлених його поведінковими проявами й оцінками фахівців. Це обмежує можливості індивідуалізації психологічної та соціальної допомоги. З огляду на зазначене виникає необхідність виокремлення координаційної підструктури психічних станів як аналітичного інструменту, що дає змогу зіставляти внутрішній суб'єктивний досвід важкопораненого комбатанта з його зовнішніми поведінковими проявами та професійними оцінками. Такий підхід спрямований на забезпечення комплексності оцінювання психічного

стану та запобігання його редукції до окремих симптомів або лише зовнішньо спостережуваної поведінки.

Координаційна підструктура охоплює два взаємопов'язані компоненти. Суб'єктивний компонент відображає внутрішній психічний досвід важкопораненого комбатанта, зокрема переживання страху, сорому, гніву, провини та внутрішнього конфлікту. Об'єктивний компонент характеризує зовнішні прояви психічного стану, зокрема поведінкові реакції (уникнення соціальних контактів, агресивність, пасивність), а також результати спостережень і професійних оцінок медичних працівників, психологів та близького соціального оточення.

У працях Д. Шарфа підкреслюється значення особистісних ресурсів, зокрема релігійності та життєвої філософії, для прогнозування процесів відновлення [382]. Українські дослідники О. Бойко, Д. Зубовський та М. Корольчук частково розглядають адаптаційні реакції особистості, однак не здійснюють їх диференціації за рівнями загального, особливого та індивідуального прояву [138]. Таким чином, можна запропонувати трикомпонентну класифікацію характеристик психічних станів важкопоранених комбатантів, яка дає змогу персоніфікувати процес їх діагностики та вибору відповідних реабілітаційних втручань з урахуванням як проявів психічної дестабілізації, так і наявних особистісних ресурсів (рис. 1.22).



Рис. 1.22. Підструктура характеристик психічних станів важкопоранених комбатантів

Запропонована трикомпонентна модель є інноваційною, оскільки дозволяє діагностувати дезадаптаційні стани, виявляти ресурси стійкості та розвитку, забезпечуючи персоналізований підхід до психосоціальної підтримки та реабілітації комбатантів.

У працях більшості дослідників, зокрема українських (М. Корольчука, А. Лиман, Е. Литвиненко) та іноземних (В. Даля, Б. Колка), психічні стани переважно розглядаються крізь призму їх симптоматичних проявів, тоді як питання їхнього функціонального значення та потенціалу трансформації потребують подальшого дослідження [36; 339 та ін.]. З огляду на це уточнено розуміння психічного стану важкопораненого комбатанта не лише як показника дезадаптації, а і як динамічної функціональної системи, здатної забезпечувати опрацювання та трансформацію травматичного досвіду в ресурс подальшого особистісного розвитку.

На основі аналізу праць зазначених дослідників виокремлено основні функції психічних станів важкопоранених комбатантів, які доцільно поділити на загальні та специфічні.

1. Загальні функції:

– регуляція поведінки;

– забезпечення адаптації до змінених умов життєдіяльності;

– інтеграція травматичного досвіду.

2. Специфічні функції:

− захисна (забезпечення психологічного захисту та подолання кризових станів);

− рефлексивна (осмислення травматичного досвіду та формування нових життєвих смислів);

− мотиваційна (підтримання активності та стимулювання залучення до нових видів діяльності).

Психічні стани важкопоранених комбатантів доцільно розглядати як відображення травматичного досвіду, активні механізми подолання,

осмислення й мобілізації, що відкривають шлях до особистісного зростання й успішної реінтеграції.

Аналіз теоретичного та практичного матеріалу свідчить, що як іноземні (У. Джеймс, І. Кон, А. Маслоу, К. Роджерс, К. Хорні та ін.) [32; 462 та ін.], так і українські дослідники (М. Гернешій, Г. Гуменюк, М. Мацко, У. Михайлишин, О. Олійник, Л. Онуфрієва, Л. Папітченко, М. Прищак, Т. Прокопенко, О. Скрипченко, В. Смітанка, С. Тищенко, А. Чорна та ін.) [32 та ін.] здебільшого зосереджувалися на загальній теорії самооцінки особистості, її структурі, видах, чинниках формування, стабільності та динаміці.

У роботах У. Джеймса і К. Роджерса акцент зроблено на співвідношенні реального та ідеального «Я», а К. Хорні і А. Маслоу підкреслюють роль потреб у любові, прийнятті й самоактуалізації [462 та ін.]. Серед українських авторів найбільш повно класифікацію рівнів і стабільності самооцінки подає О. Скрипченко [32, с. 29].

Попри розмаїття підходів до трактування самооцінки як психологічного феномену, у науковій літературі відсутнє цілісне бачення особливостей формування та функціонування самооцінки у важкопоранених комбатантів. Її динаміка в умовах фізичних змін, соціальної ізоляції, зміни ролей, втрати професійної ідентичності або у зв’язку з новим образом тіла – залишається малодослідженою.

На основі аналізу наявних досліджень було запропоновано розглядати самооцінку важкопоранених комбатантів як багатовимірну конструкцію, що поєднує три рівні: тілесний (образ власного тіла після травми), функціональний (оцінка власної здатності до дії, участі, відновлення) та екзистенційно-смисловий (переформатування життєвих орієнтирів і ідентичності). Новизною нашого підходу є фокус на трансформаційному потенціалі самооцінки в умовах посттравматичних змін, де вона розглядається як показник психологічного стану та динамічний ресурс реадаптації, самопідтримки й інтеграції в нову соціальну реальність.

Згідно з класифікацією Л. Папітченко самооцінка виконує насамперед регуляторну функцію, яка у контексті важкопоранених комбатантів виявляється у формуванні рішень щодо майбутнього [32, с. 30]:

- продовження професійного шляху;
- перекваліфікація;
- участь у соціальних ініціативах;
- участь у громадських ініціативах.

Її захисна функція набуває особливого значення в умовах втрати цілісного образу тіла, стигматизації, соціального відчуження. Вона допомагає зберегти психологічну цілісність і мінімізувати руйнівний вплив травматичних подій на «Я-концепцію».

В умовах травматичного досвіду, який включає фізичну травму, зміну соціального статусу та порушення професійної ідентичності, самооцінка виступає ключовим інтегративним механізмом, що впливає на рівень домагань, мотивацію, здатність до прийняття рішень і включення в нові соціальні ролі. Особливо важливим, на думку М. Гернешій, Г. Гуменюк та М. Мацко, є те, що адекватна самооцінка сприяє конструктивному подоланню наслідків втрати – дозволяє особистості орієнтуватися не на минуле, а на ресурси теперішнього й перспективи майбутнього [80].

Занижена самооцінка, яка часто формується через тривалу бездіяльність, соціальну ізоляцію, почуття провини перед побратимами або невідповідність новому образу себе з ідеальним військовим «Я», ускладнює адаптацію. Викликає уникання професійного й соціального залучення, самообмеження, втрату віри у власні сили. У такому разі психологічна підтримка має бути зосереджена на емоційному супроводі й на формуванні адекватного образу себе, підтримці самосприйняття, визнанні нової ролі (наприклад, ветерана, наставника, громадського діяча) як значущої.

До питань феномена нестійкої самооцінки, притаманної комбатантам, що переживають посттравматичні коливання емоційного фону та соціального статусу, зверталися С. Тищенко, А. Чорна [96]. Залежно від реакцій

соціального оточення, успішності інтеграційних дій чи загострення фізичних симптомів, їхнє самосприйняття може коливатись від гіперкомпенсаторної впевненості до самозаперечення. У таких випадках важливо створити стабільне середовище, яке надавало б підтримку та орієнтири для стабілізації самооцінки через значущі досягнення, позитивне підкріплення й емоційно безпечні взаємодії.

Запропонований підхід передбачає розгляд самооцінки ВК як багатовимірної, адаптивної і трансформаційної структури, що поєднує тілесний, функціональний та екзистенційно-смисловий рівні, включає нові аналітичні орієнтири, що дозволяють оцінювати рівень самооцінки, її функціональну динаміку, взаємозв'язок з психологічною стійкістю, рівнем самодетермінації та соціальної інтеграції.

Самооцінка тісно пов'язана з емоційною стабільністю. Її динаміка зумовлює здатність до емоційного самоконтролю, подолання тривожності, внутрішньої напруги, формування стійких адаптаційних механізмів у посттравматичний період. Тому аналіз емоційної стабільності важкопоранених комбатантів є невід'ємним кроком у розумінні їх психологічної адаптації.

У сучасних психологічних дослідженнях емоційна стабільність розглядається як детермінанта адаптивної поведінки, успішності життєдіяльності та професійної реалізації особистості. Цю характеристику особистості нерідко ототожнюють із складовою емоційного інтелекту, що визначає здатність людини підтримувати доброзичливі стосунки з оточенням, контролювати афективні реакції й протистояти стресовим чинникам (Г. Айзенк, К. Роджерс, Е. Хаген) [414 та ін.].

Іноземні вчені, зокрема Г. Айзенк, Р. Арнхейм, А. Бергсон, К. Роджерс, В. Смітсон, Р. Торндайк, А. Фурман та Е. Хаген [414 та ін.], досліджували емоційну стабільність у межах загальної психології, розглядаючи її як взаємодію когнітивної, мотиваційної та емоційно-вольової сфер, що

проявляється у стресостійкості, самоконтролі, регуляції афектів та адаптації до екстремальних умов.

Українські дослідники (Л. Березовська, В. Богайчук, Г. Дзвоник, Т. Кочубей, В. Моляко, Е. Носенко, З. Оніпко, К. Пилипенко, Т. Прокопович, А. Семенов, О. Шульженко, Д. Шульженко та ін.) [260 та ін.] розглядали емоційну стабільність у контексті професійної діяльності, включно з військовою сферою, акцентуючи на складових (рис. 1.23).



Рис. 1.23. Складові емоційної стабільності у професійній діяльності військових

Попри значну увагу науковців до проблеми емоційної стійкості військовослужбовців, специфіка емоційної стабільності важкопоранених комбатантів залишається недостатньо дослідженою. Її особливості можуть визначатися комплексним впливом посттравматичних наслідків, фізичного болю, змін тілесності та необхідності адаптації до зміненого соціального статусу.

З огляду на це, спираючись на теоретичну модель емоційної стабільності особистості, запропоновану Р. Арнхеймом та Е. Хагеном, яка охоплює такі компоненти, як тривожність, сенситивність, гнів, самоконтроль, інтернальність і мотивація досягнення, доцільно запропонувати її модифікований варіант з урахуванням специфіки психофізичного та соціального досвіду важкопоранених комбатантів [392, с. 24]. Відповідну модель представлено в табл. 1.22.

Таблиця 1.22

Модифікована модель емоційної стабільності важкопоранених комбатантів (на основі моделі Р. Арнхейма та Е. Хагена)

Компонент моделі	Характеристика моделі	Поведінкові прояви
Тілесна адаптація	Усвідомлення та прийняття змін у власному тілі; адаптація до нових фізичних обмежень; відновлення тілесної ідентичності	Уникання дзеркал, емоційна відстороненість від тіла, небажання спілкуватися про стан здоров'я
Інтеграція психофізіологічного стану та когнітивної перебудови	Поєднання змін фізичного стану з новими когнітивними установками щодо себе, власного досвіду та майбутнього	Амбівалентність у прийнятті себе, плутанина в цілях, уникання планування
Мотивація до реінтеграції у мирне життя	Внутрішня готовність і бажання повернутися до цивільного життя, пошук нових соціальних ролей і сенсів	Пасивність, байдужість до майбутнього, уникання соціальної активності
Емоційна регуляція в умовах хронічного болю або втрати функцій	Здатність контролювати емоційні реакції, пов'язані з болем, втратою, безсиллям; збереження психологічної рівноваги	Дратівливість, спалахи гніву або плаксивості, емоційна нестабільність
Здатність до відновлення соціальних зв'язків	Відкритість до міжособистісної взаємодії, підтримка емоційного контакту з близькими попри зміну соціального статусу та зовнішніх обставин	Соціальна замкненість, недовіра, уникання стосунків або потреба в надмірній підтримці

Модифікована модель емоційної стабільності важкопоранених комбатантів враховує класичні психоемоційні чинники, специфічні аспекти досвіду бойових травм, що дозволяє глибше осмислити внутрішні ресурси особистості комбатанта, адаптовані до екстремального життєвого досвіду, і створює підґрунтя для ефективної психосоціальної підтримки та реабілітації.

Емоційну стабільність ВК доцільно розглядати як динамічний процес, що розгортається у посттравматичних змінах і включає когнітивно-емоційну

перебудову особистості. Внаслідок отриманої травми комбатант проходить етапи внутрішньої трансформації, що охоплюють переосмислення життєвих пріоритетів, цінностей, соціальної ідентичності, розвиток нових стратегій емоційної регуляції в умовах болю, втрат і соціальних обмежень. Окреслений підхід акцентує увагу на адаптивному потенціалі особистості, її здатності до психологічної пластичності, пошуку сенсу та внутрішніх ресурсів.

В емоційній стабільності важкопоранених комбатантів доцільно виокремити нові діагностичні індикатори, які відображають специфіку їх психосоціального стану та адаптаційних процесів:

І рівень. Тілесна ідентичність. Дозволяє оцінити ступінь прийняття змін у власному тілі та формування нової тілесної цілісності.

ІІ рівень. Соціальна інтегрованість. Характеризує здатність до відновлення соціальних зв’язків, включення в громадське життя, виконання нових соціальних ролей.

ІІІ рівень. Суб’єктивна оцінка втрати/ресурсів. Відображає внутрішнє сприйняття особистістю власних втрат (фізичних, соціальних, професійних) та наявних ресурсів (емоційних, міжособистісних, духовних), що визначають її потенціал до відновлення.

Представлені показники значно розширюють можливості психологічної діагностики та створюють підґрунтя для розробки індивідуалізованих програм психосоціальної підтримки важкопоранених комбатантів.

Психічний стан, самооцінка й емоційна стабільність ВК є основними детермінантами їх здатності до адаптації, реінтеграції та самореалізації в умовах післятравматичного життя. Комплексна природа психічних станів, що охоплює когнітивні, емоційні, вольові й мотиваційні компоненти, потребує міждисциплінарного аналізу та врахування біопсихосоціальних чинників. Розкриття їхньої динаміки й функціонального впливу на особистість дозволяє вибудовувати ефективні моделі психологічної підтримки, що сприятимуть формуванню внутрішніх ресурсів, подоланню фрустрації, відновленню ідентичності та стійкості до соціальних викликів. Аналіз праць вітчизняних і

іноземних учених, зокрема О. Бойка, Б. Колка, М. Корольчук, С. Чижевського, Ч. Хоге, засвідчує нагальну потребу у створенні цілісного підходу до розуміння та підтримки психічного стану поранених військовослужбовців [184; 339 та ін.]. Подальші дослідження мають бути спрямовані на конкретизацію критеріїв, діагностику та розвиток індивідуалізованих програм психологічної реабілітації, що забезпечують якість життя й стійку адаптацію комбатанта в цивільному середовищі.

Питання психологічної допомоги військовослужбовцям досліджували такі вітчизняні науковці, як Н. Агаєв, Н. Главацька, В. Дикун, Н. Дідик, В. Стасюк та С. Чижевський [6 та ін.]. Значний внесок у вивчення проблеми психологічної допомоги людям в умовах сучасних викликів, основних аспектів психологічної підтримки постраждалим внаслідок воєнної травматизації зробили й інші українські психологи, зокрема: О. Блінов, О. Вознесенська, О. Кокун, С. Максименко, Л. Найдьонова, В. Нянько, Л. Нянько, М. Сірук, М. Слюсаревський, А. Терещук, Т. Титаренко, Т. Траверсе, О. Чабан, Ю. Чаплінська та ін. [26; 189; 261; 283; 294; 333 та ін.]. Вони досліджували основні аспекти психологічної підтримки, зокрема в умовах посттравматичної адаптації.

Серед іноземних дослідників значний внесок зробили С. Вільямс, Р. Лауфер, Е. Пітерс, Р. Скурфілд та Д. Холл, які акцентували увагу на терапевтичних інтервенціях при ПТСР, глибокій травмі, феномені «бойової деперсоналізації» та проблемі повернення до мирного життя [416, с. 38].

Науковці і практики виділяють кілька ключових підходів у психотерапії: психоаналітичний, біхевіористський і гуманістичний. Методи обираються залежно від типу психологічних труднощів (за ВООЗ), серед яких навіювання, когнітивна терапія, поведінкова терапія, психодрама, тілесно-орієнтована терапія тощо.

Психодинамічна терапія, згідно з дослідженнями, дозволяє заглибитися у підсвідомі процеси, емоційні реакції на травматичний досвід, сприяє зниженню ПТСР, депресії, покращенню міжособистісних взаємин. Когнітивна терапія орієнтується на зміну деструктивних переконань, що підтримують

психопатологічні симптоми. Проте більшість наукових розвідок мають фрагментарний характер і недостатньо враховують глибину особистісних змін важкопоранених комбатантів, зокрема втрату тілесної цілісності, трансформацію ідентичності, соціальну ізоляцію.

У табл. 1.23 окреслено порівняльний аналіз підходів до психологічної підтримки важкопоранених комбатантів.

Таблиця 1.23

Порівняльний аналіз підходів до психологічної підтримки важкопоранених комбатантів

Позиція аналізу	**Що виявлено вченими?**	**Що залишилось поза увагою?**	**Новизна**
Психотерапевтичні методи	Використання психодинамічної, когнітивної, тілесно-орієнтованої, групової терапії	Брак адаптованих комбінацій методів під індивідуальні потреби важкопоранених	Індивідуалізовані терапевтичні маршрути, що враховують тілесні й психоемоційні складові
Робота з ідентичністю	Ідентичність вивчається загалом у контексті ПТСР	Відсутній фокус на втраті бойової та тілесної ідентичності, необхідності їх реконструкції	Терапія реконструкції ідентичності – інтеграція травматичного досвіду в нову цілісну життєву історію
Міждисциплінарність	Психологи, психотерапевти, медики	Слабка координація між різними фахівцями, особливо з воєнного контексту	Міждисциплінарний підхід: психолог + фізіотерапевт + соціальний працівник + військовий консультант
Соціальна реінтеграція	Згадуються адаптаційні труднощі	Недостатньо моделей довготривалого супроводу після виписки із госпіталю	Програми супроводу під час соціальної інтеграції – підтримка при поверненні у сім’ю, громаду, професію

Продовження табл. 1.23

Позиція аналізу	**Що виявлено вченими?**	**Що залишилось поза увагою?**	**Новизна**
Фокус на важко-поранених	Вивчаються всі ветерани загалом	Вузька категорія важкопоранених комбатантів (ампутації, інвалідність) досліджена недостатньо	Спеціалізовані підходи до важкопоранених, з урахуванням фізичних змін і впливу на психіку

Таким чином, психологічна підтримка важкопоранених комбатантів потребує поглибленого аналізу з урахуванням специфіки їхнього трансформаційного досвіду. На цій основі запропоновано комплексний підхід, відповідно до якого:

− психотерапія лікує і допомагає вибудувати нову ідентичність;

− підтримка охоплює період травми й усі етапи соціального повернення;

− фахівці працюють у команді, з урахуванням психології, медицини, соціології, військового досвіду;

− застосовується наративний підхід – допомога в переписуванні життєвого шляху після втрати, поранення, війни.

У сучасній психотерапевтичній практиці для підтримки військовослужбовців застосовують низку методів, розроблених та обґрунтованих О. Бліновим, О. Вознесенською, О. Кокуном, С. Максименком, Л. Найдьоновою, В. Няньком, Л. Нянько, М. Сіруком, Р. Скурфілдом, Д. Холлом та іншими дослідниками [26; 189; 262; 272; 303 та ін.]. З урахуванням специфіки фізичних, психологічних і соціальних наслідків тяжких поранень, зазначені методи адаптовано до потреб важкопоранених комбатантів, що представлено в табл. 1.24.

Таблиця 1.24

Порівняльний аналіз підходів до психологічної підтримки важкопоранених комбатантів

№ п/п	Підхід	Основна ідея	Мета	Основні методи	Очікувані результати
1.	Когнітивна терапія	Корекція мислення	Зменшення симптомів ПТСР	Когнітивна реструктуризація, домашні завдання	Покращення адаптації, зниження тривожності
2.	Клієнт-центрована терапія	Саморозкриття через емпатійного терапевта	Підвищення самоприйняття	Безоцінне слухання, прийняття	Емоційне полегшення, підвищення самооцінки
3.	Дельфінотерапія	Вплив контакту з тваринами	Зниження стресу, стимуляція позитивних емоцій	Спілкування з дельфінами, водні вправи	Розслаблення, покращення настрою
4.	Поведінкова терапія	Зміна поведінки через підкріплення	Усунення деструктивної поведінки	Тренування, підкріплення, десенсибілізація	Формування нових навичок, зниження страхів
5.	Позитивна психотерапія	Орієнтація на ресурси та сенс життя	Розвиток життєстійкості	Виявлення цінностей, оптимістичне мислення	Зростання особистості, мотивація
6.	Гештальттерапія	Усвідомлення досвіду тут-і-тепер	Відновлення контакту з собою	«Порожній стілець», експериментування	Саморегуляція, цілісність особистості
7.	Групова психотерапія	Соціальна підтримка в групі	Подолання ізоляції, спільна адаптація	Групові обговорення, рольові ігри	Зменшення відчуття самотності, підтримка
8.	Сімейна терапія	Робота з родиною як системою	Поліпшення сімейних стосунків	Сімейне консультування, діалог	Покращення сімейної атмосфери, стабілізація

Продовження табл. 1.24

№ п/п	Підхід	Основна ідея	Мета	Основні методи	Очікувані результати
9.	Тілесно-орієнто-вана терапія	Зв’язок тіла й психіки	Зменшення психосома-тичних симптомів	Дихання, рух, усвідомлення тіла	Стабілізація, розрядка напруги
10.	Арт-терапія	Вира-ження через творчість	Обробка травматич-ного досвіду	Малювання, ліплення, музика	Емоційне розванта-ження, зниження тривоги

Аналіз сучасних психотерапевтичних підходів свідчить про необхідність комплексної, адаптованої та індивідуалізованої психологічної підтримки важкопоранених комбатантів. Застосування когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих, клієнт-центрованих та арт-терапевтичних підходів, а також групових і сімейних форм психологічної роботи дає змогу враховувати багатовимірний характер наслідків травматичного досвіду та сприяти їх подоланню. Окремої уваги заслуговують ресурсно-орієнтовані підходи, зокрема позитивна психотерапія, а також додаткові реабілітаційні практики, серед яких застосовуються методи анімалотерапії, зокрема дельфінотерапія, ефективність і доцільність яких потребують урахування індивідуальних потреб та наявних доказових даних. Важливе значення має міждисциплінарна організація психологічної допомоги, яка передбачає узгоджену взаємодію психологів, психотерапевтів, медичних працівників, фахівців із соціальної роботи та інших спеціалістів. Тривалий психологічний супровід у поєднанні з роботою над реконструкцією ідентичності створює умови для відновлення суб’єктності важкопоранених комбатантів, інтеграції травматичного досвіду та поступового повернення до сімейного, громадського й цивільного життя.

Таким чином, питання психологічної підтримки важкопоранених комбатантів виходить за межі традиційних терапевтичних підходів і потребує осмислення як комплексного процесу, що охоплює реконструкцію ідентичності, тривалу реінтеграцію, міждисциплінарну взаємодію та

ресурсно-орієнтовану допомогу. Аналіз праць вітчизняних і іноземних учених, зокрема Н. Агаєва, В. Стасюка, О. Кокуна, Л. Найдьонової, С. Максименка, Р. Скурфілда, Д. Холла та ін. [26; 95; 190; 457 та ін.], підтверджує актуальність створення цілісної моделі психотерапевтичної підтримки, адаптованої до унікального досвіду важкопоранених військовослужбовців. У центрі цієї моделі мають бути індивідуалізовані психотерапевтичні маршрути, що враховують фізичні втрати, емоційні травми та соціальні виклики. Психологічна допомога повинна знижувати симптоматику ПТСР, сприяти відновленню суб'єктності, формуванню нової життєвої перспективи та успішному поверненню до цивільного життя. Подальші дослідження мають зосередитися на інтеграції ефективних методів, таких як тілесно-орієнтована терапія, наративні практики, позитивна психотерапія й групові формати, що довели свою результативність у процесі адаптації та реабілітації комбатантів.

Висновки до розділу

У розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів, психологічних наслідків бойової травматизації та критеріїв їх успішної реінтеграції у мирне життя.

Показано, що проблеми важкопоранених комбатантів в аспекті їх адаптації до мирного життя є актуальним напрямом сучасної психологічної науки та перебувають на перетині військової психології, психології травми, реабілітаційної психології та соціальної психології. Аналіз праць Г. Абаніної, О. Аліфер, О. Барни, О. Блінова, Ю. Бриндікова, Г. Гуди, В. Стасюка та інших вчених надав змогу уточнити зміст поняття «комбатант» та обґрунтувати його психологічні й соціальні характеристики.

Констатовано, що участь у бойових діях супроводжується значним психотравмувальним впливом, який може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, тривожних розладів, когнітивних порушень і труднощів соціального функціонування (В. Бочелюк, С. Гарькавець, В. Зливков, В. Осьодло, Є. Потапчук, О. Сафін, Т. Траверсе та ін.). На основі аналізу наукових джерел поняття «важкопоранений комбатант» трактовано як особу, яка брала участь у бойових діях та внаслідок цього зазнала важких фізичних або психологічних ушкоджень, що ускладнюють її соціальну адаптацію, професійну діяльність та якість життя; яка може страждати від посттравматичного стресового розладу, депресивних розладів, когнітивних порушень, психосоматичних розладів, мати труднощі у соціальній інтеграції та проявляти агресивно-деструктивну поведінку.

Визначено основні типи важкопоранених комбатантів: особи із посттравматичним стресовим розладом, депресивними та коморбідними психічними розладами, когнітивними порушеннями, труднощами соціальної адаптації, агресивно-деструктивними та психосоматичними проявами

(А. Бек, О. Євдокимова, С. Лукомська та ін.). Узагальнено, що поширеними психологічними проблемами є ПТСР, депресія, тривожність, соціальна ізоляція, труднощі адаптації до мирного життя та суїцидальні тенденції (В. Гаврилькевич, В. Завацький, Н. Лозінська, І. Пішко, Б. ван дер Колк та ін.).

Проаналізовано теоретичні засади соціально-психологічної адаптації особистості та зазначено, що вона розглядається як процес і результат активного пристосування людини до змінних умов життєдіяльності через використання внутрішніх ресурсів і можливостей соціального середовища (Ю. Бохонкова, Н. Завацька, О. Литвиненко, С. Максименко, Р. Шевченко та ін.). Висвітлено біофізіологічний, психологічний, когнітивний, соціальний та інформаційно-комунікативний підходи до розуміння природи адаптації.

Установлено, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є складним процесом відновлення соціальних ролей, перебудови системи особистісних смислів, подолання наслідків травматичного досвіду та інтеграції у мирне соціальне середовище (В. Казміренко, О. Кокун, М. Мід, Т. Титаренко, Я. Шефер та ін.). Обґрунтовано її визначення як процесу і результату активного пристосування до нових життєвих умов після тяжких поранень, що здійснюється шляхом використання особистісних ресурсів, соціальної підтримки та відновлення соціальної активності.

Проаналізовано провідні теорії, що становлять методологічну основу дослідження, зокрема теорію соціальної інтеграції та реінтеграції (Е. Гоффман, Е. Дюркгейм, Р. Мертон, Т. Парсонс та ін.), теорію міжособистісної адаптації (Дж. Вілсон, Ж. Піаже, Г. Сельє, Ч. Фіглі та ін.), концепцію посттравматичного зростання (Г. Балл, Л. Калгун, С. Максименко, Р. Тедеші та ін.), теорію когнітивної оцінки та копінгу (З. Кіреєва, Р. Лазарус, С. Фолкман та ін.), теорію наративної ідентичності (Д. МакАдамс, П. Рікер, Р. Яноф-Бульман та ін.), біопсихосоціальну модель адаптації (П. Браманті, Дж. Енгель, Р. Калабро та ін.). Наголошено, що успішна адаптація важкопоранених комбатантів пов’язана з прийняттям травматичного досвіду,

відновленням соціальних зв'язків і якісною перебудовою системи особистісного функціонування.

Зазначено, що особливе значення для розкриття проблеми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів мають праці українських вчених (О. Когут, О. Колосович, О. Кулешова, І. Салайда, Д. Попович, А. Шиделко та ін.) та зарубіжних дослідників (К. Ланні, П. Шнурр та ін.), присвячені вивченню психологічних наслідків бойової травми, посттравматичного стресового розладу та когнітивних змін після участі у бойових діях, а також теорії психологічної адаптації, психотравми, соціальної реінтеграції, тілесної ідентичності, психологічної ресурсності та посттравматичного відновлення.

Обґрунтовано значення сенсорної інтеграції як умови успішної реабілітації та соціально-психологічної адаптації після тяжких поранень (Дж. Айрес, В. Бойс, М. Варій, Л. Доценко, Ж. Льоренс, Б. Лундстром, С. Максименко, М. Махоні, В. Москалець, А. Шиліна та ін.), а також необхідність збереження та відновлення пізнавальних процесів особистості.

Узагальнено, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є багаторівневим процесом, успішність якого визначається взаємодією фізичних, психологічних і соціальних чинників. Обґрунтовано необхідність розроблення цілісної моделі адаптації, яка враховує функціональну мобільність, психічний стан, самооцінку, емоційну стабільність, соціальну підтримку й особливості адаптаційного середовища. Встановлено, що попри значну кількість досліджень окремих аспектів проблеми, питання комплексного вивчення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залишаються недостатньо розробленими, що визначає актуальність емпіричних студій.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.1; 2.7; 2.8; 2.12; 2.16; 2.21; 2.23; 2.25; 3.10].

РОЗДІЛ 2

КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

2.1. Концептуальні засади дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

На основі узагальнених у першому розділі теоретичних підходів до розуміння соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, з урахуванням їх психологічних особливостей та адаптаційних потреб, актуальним постає застосування комплексу теоретичних методів наукового дослідження. Визначення адекватної методології дозволяє глибше осягнути феномен адаптації до мирного життя після отримання важких поранень, окреслити найефективніші психосоціальні стратегії підтримки й інтеграції таких осіб у цивільне середовище.

З огляду на багатоаспектність поняття адаптації, дослідження ґрунтується на використанні міждисциплінарного підходу, який поєднує положення психології травми, соціальної психології, психіатрії, реабілітології та нейропсихології. У фокусі розгляду опиняються внутрішньоособистісні механізми психічного реагування на травматичні події, соціально-рольова реконструкція особистості в нових умовах життя.

Основу теоретичного аналізу становлять методи наукового дослідження, які відображені на рис. 2.1. Застосування зазначених теоретичних методів забезпечує комплексний аналіз предмету дослідження, сприяє виявленню ключових чинників, що впливають на процес адаптації, дає змогу практично дослідити динаміку психологічного стану ВК, структуру їхніх адаптаційних механізмів і соціальних взаємодій.



Рис. 2.1. Методи наукового дослідження теоретичного аналізу психологічних аспектів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Парадигма дослідження відображає вказівки на те, що слід вивчати, які питання розглядати стосовно об’єкта вивчення, як ці питання мають бути структуровані, як слід інтерпретувати результати дослідження. Узагальненим зразком концептуалізації або теоретичного підходу до вивчення проблеми є ідея про те, що динаміка пізнавальних психічних процесів у важкопоранених комбатантів має бути розглянута в контексті посттравматичних змін, адаптаційних механізмів і ресурсів особистості. Серед українських науковців, які досліджували психічні процеси в умовах екстремальних ситуацій та наслідки травм, варто виокремити праці О. Когут, О. Колосович, О. Кулешової, П. Круть, Н. Максименко, І. Салайди, Д. Попович, А. Шиделко

й ін. [36; 129; 148; 272; 339 та ін.]. Зокрема, у Н. Максименко акцент зроблено на психологічних ресурсах відновлення пізнавальної сфери [148, с. 52]. Л. Доценко досліджувала саморефлексію та інтроспекцію як внутрішні механізми емоційного переживання, що пов'язані з розвитком мислення та пам'яті [94, с. 95]. Г. Бондарев та І. Салайда аналізували динаміку когнітивних функцій після психотравмуючих подій [36, с. 95]. Д. Попович підкреслює важливість диференційованого підходу до діагностики психічних процесів у військовослужбовців [272, с. 44]. У працях О. Когут і З. Карпенко відображено специфіку функціонування уваги в умовах бойових дій [36 та ін.].

Іноземні науковці також зробили суттєвий внесок у вивчення зазначеної проблематики. Зокрема, П. Шнурр досліджував когнітивні порушення у ветеранів із ПТСР, а К. Ланні зосередила увагу на впливі травми на сприйняття часу та емоційну сферу [416 та ін.]. Наявна також досить помітна низка розробок, які так чи інакше стосуються проблематики когнітивного виснаження, сенсорних порушень та зниження довільної регуляції психічних процесів у ветеранів (Г. Бондарев, Л. Доценко, З. Карпенко та ін.) [36; 94; 116; 148 та ін.].

Серед багатьох питань, які нерозривно пов'язані з дослідженням динаміки психічних процесів у комбатантів, як відомо, є чимало таких, які стосуються зміни когнітивних схем, зниження уваги, зниження здатності до абстрагування, пригнічення уяви та ослаблення емоційної саморегуляції. У зв'язку з цим загалом окреслимо контури того справжнього конгломерату проблем, які потребують негайного вирішення. Це специфіка відновлення довільної уваги, ефективності довготривалої пам'яті, стійкості мислення до стресу, збереження або втрата емоційного самоконтролю.

Оскільки змістовне наповнення компонентів пізнавальної сфери у важкопоранених комбатантів пов'язане з постійним емоційним напруженням, виникла потреба створення моделі відновлення психічних процесів через інтеграцію когнітивної реабілітації, емоційної підтримки та сенсорної стабілізації. Підхід до вивчення пізнавальних психічних процесів дає змогу

внутрішньо структурувати дослідження у цій сфері знань, визначити її ретроспективу та перспективу, закономірності поточного наукового розгортання.

Модель дослідження динаміки психічних процесів у ВК базується на поєднанні класичних теоретичних методів – аналізу, синтезу, узагальнення, індукції та дедукції – з сучасними підходами до вивчення когнітивної гнучкості та нейропсихологічної компенсації. Первинною основою, що задає параметри для наслідування, є ідея про цілісність когнітивного і емоційного компонентів у процесі відновлення особистості. У зв'язку з цим видається закономірним те, що динаміка таких процесів, як сприйняття (особливо часове і просторове), пам'ять (словесно-логічна, образна), мислення (гіпотетико-дедуктивне), уява (творча та репродуктивна), емоційна регуляція, мають вивчатись не ізольовано, а в контексті травматичного досвіду, на основі структури когнітивного відновлення.

Принциповим є положення про необхідність врахування індивідуальної варіативності реакцій на травму, що виявляється у різних проявах інтенсивності пригнічення пізнавальних процесів. Звідси очевидна необхідність застосування диференційованих методів психодіагностики, заснованих на глибокому аналізі змін психічного функціонування.

Обґрунтування ролі уваги, пам'яті, мислення та уяви зумовлене їх винятковою роллю в регуляції адаптаційної поведінки. Висловлені аргументації дають змогу стверджувати, що засадничою умовою успішного повернення до цивільного життя є відновлення когнітивної цілісності особистості.

Осмислення вищесказаного дозволяє дійти висновку, що наявні наукові праці українських та іноземних авторів формують фундамент для подальших міждисциплінарних досліджень. У вітчизняній психології залишаються недослідженими питання щодо специфіки функціонування відчуттів та сенсорної інтеграції у важкопоранених. Це уможливлює уточнення й

подальшу інтерпретацію зазначених понять у контексті сучасної нейропсихології війни.

За даними проведених досліджень українських (М. Варій, Л. Доценко, С. Максименко, В. Москалець, А. Шиліної) [48; 95] та іноземних вчених (В. Бойс, Б. Пуятос, Ж. Льоренс та ін.) [462 та ін.] функціонування відчуттів як базового рівня пізнання реальності має вирішальне значення для збереження психічного гомеостазу особистості, особливо в умовах екстремальних життєвих ситуацій. Відомо, що відчуття є рефлекторними актами, які забезпечуються злагодженою роботою аналізаторної системи, що включає рецепторний апарат, провідні шляхи та відповідні проекційні зони кори головного мозку. Цілісність й ефективність функціонування аналізаторів забезпечує повноцінне формування сенсорного досвіду, на якому базується подальша когнітивна обробка інформації.

У випадку важкопоранених комбатантів відзначається підвищений ризик порушень як у структурі окремих аналізаторів (зорового, слухового, тактильного, вестибулярного тощо), так і у механізмах їх узгодженого функціонування – сенсорної інтеграції. Внаслідок фізичних травм, контузій, черепно-мозкових ушкоджень або нейродегенеративних змін, часто виникає дезінтеграція відчуттів, що призводить до порушення просторового орієнтування, гіпо- або гіперсенситивності, синестетичних спотворень, затримки сенсорної обробки.

Ураження окремих рецепторних систем або порушення провідних шляхів можуть призводити до часткової або повної втрати здатності до диференційованого сприйняття стимулів. Наприклад, значні зорові порушення можуть супроводжуватися зниженням здатності до розрізнення кольорів (дальтонізм), зоровою агнозією, світлобоязню або дезадаптацією при переході з темного в освітлене середовище. У слуховій сфері часто мають місце порушення тембрового сприймання, зниження чутливості до мовних сигналів або слухові галюцинації. Стани можуть бути ускладнені психічними

факторами, наприклад, гіперзбудливістю на фоні ПТСР або сенсорним уникненням як формою психологічного захисту.

Контактні види відчуттів (тактильні, температурні, смакові, нюхові) зазнають змін. Деякі комбатанти виявляють сенсорну анестезію або знижену здатність до розрізнення тактильних стимулів (високі просторові пороги), що знижує точність дій і підвищує ризик травматизму. У частини пацієнтів фіксується гіперчутливість до дотику чи температури, яка набуває нав'язливого або болісного характеру, що свідчить про зміну функціонування терморецепторів або порушення в соматосенсорній корі.

Інтероцептивні відчуття забезпечують суб'єктивне сприймання фізіологічних станів організму. У важкопоранених виникають фантомні болі, спотворене сприйняття голоду, спраги, відчуття постійної втоми або загальної соматичної тривоги. Порушення інтероцепції тісно пов'язані з афективними розладами, зокрема з тривожністю та депресією.

Пропріоцептивна та вестибулярна дезінтеграція, за А. Шиліною, спостерігається у військовослужбовців після черепно-мозкових травм [28]. Поранені комбатанти демонструють погіршену координацію, нездатність точно оцінювати положення тіла в просторі, що негативно впливає на фізичну реабілітацію і формування відчуття безпеки. Вестибулярна нестабільність є причиною панічних атак у закритих просторах або при швидкій зміні положення тіла.

У процесі відновлення важливу роль відіграє феномен сенсорної адаптації, який розглядають українські (Л. Кіщук, В. Мокальова, О. Усенко) [142 та ін.] та зарубіжні (Б. Варк, М. Вебстер, Б. Лундстром, М. Махоні, А. Фейрхолл) [462 та ін.] науковці. Сенсорна адаптація полягає у поступовому зниженні чутливості до тривало або повторно діючих подразників, що забезпечує оптимізацію функціонування сенсорних систем в умовах постійного впливу стимулів. Водночас у комбатантів із травматичним досвідом процеси сенсорної адаптації можуть порушуватися, що в окремих випадках супроводжується підвищеною чутливістю до звукових, світлових,

тактильних та інших подразників, сенсорним перевантаженням, підвищеною втомлюваністю та дратівливістю. Окремого врахування потребує феномен сенсибілізації, який характеризується підвищенням чутливості до певних подразників унаслідок змін функціонування нервової системи. Посилення чутливості окремих сенсорних систем може набувати компенсаторного значення за умов порушення функціонування іншої сенсорної системи, хоча такі зміни не слід ототожнювати з повноцінним відновленням втрачених функцій. У контексті реабілітації важкопоранених комбатантів урахування особливостей сенсорної адаптації та сенсибілізації дає змогу точніше оцінювати їхній психофізіологічний стан, індивідуалізувати реабілітаційні заходи та зменшувати негативний вплив надмірного сенсорного навантаження.

Завданням реабілітаційного процесу, за Л. Джигун і Н. Береговою, є інтеграція сенсорних сигналів, тобто формування узгоджених і цілісних образів на основі зорової, слухової, тактильної та пропріоцептивної інформації [16 та ін.]. Такий підхід набуває особливого значення за наявності порушень сенсорної інтеграції, спотвореного сприймання та нестабільності взаємодії між різними сенсорними системами. Для корекції зазначених порушень можуть застосовуватися методи сенсорної інтеграції, зокрема підходи, розроблені Дж. Айрес, мультисенсорні тренування із застосуванням технологій віртуальної реальності (VR), а також нейрофідбек-технології [427, с. 2382]. Їх використання має бути адаптоване до індивідуального функціонального стану та реабілітаційних потреб важкопораненого комбатанта.

Аналіз специфіки функціонування відчуттів та сенсорної інтеграції у важкопоранених комбатантів свідчить про необхідність комплексного підходу до їх діагностики та реабілітації. Урахування порушень сенсорного рівня дозволяє більш точно визначити причини когнітивного виснаження, адаптаційних збоїв та емоційної дезрегуляції, що є базою для побудови

ефективної терапевтичної стратегії з акцентом на відновлення інтегральної психічної цілісності особистості.

Для цілісного розуміння процесів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів необхідно враховувати комплекс взаємопов'язаних психологічних феноменів і наслідків травматичного досвіду, які можуть істотно впливати на перебіг адаптаційного процесу. Зокрема, у фокусі теоретичного аналізу перебувають:

1) психологічна травма, зумовлена бойовим досвідом, тяжким тілесним ушкодженням та втратою бойових побратимів;

2) порушення тілесної ідентичності та трансформація сприйняття власного тіла й образу «Я»;

3) вторинна травматизація, пов'язана із соціальним неприйняттям, стигматизацією, нерозумінням або недостатньою соціальною підтримкою;

4) трансформація системи цінностей, життєвих орієнтирів і особистісних смислів унаслідок травматичного досвіду;

5) переживання втрати контролю над власним життям, фрустрація, емоційне виснаження та депресивні реакції.

Серед ключових проблем, пов'язаних із соціально-психологічною адаптацією важкопоранених комбатантів, особливе місце посідає ПТ, яка може охоплювати бойову та тілесну травму, а також переживання втрати бойових побратимів. Зазначені травматичні чинники здатні істотно впливати на психічний стан, поведінку, систему цінностей і характер соціальної взаємодії особистості, ускладнюючи процес її адаптації до мирного життя. У зв'язку з цим потребують детального розгляду психологічні наслідки гострого стресу та посттравматичних реакцій, а також механізми їх подолання в процесі відновлення та соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

Психологічна травма, на яку звертають увагу такі українські дослідники, як Н. Гоцуляк, Л. Заграй, Є. Карпенко, Л. Паливода, Ю. Семенова та Н. Шевченко, охоплює суто емоційні реакції, глибокі зміни в системі психічних функцій, що проявляються у порушенні адаптаційних можливостей

особистості [72; 108; 116; 202; 324 та ін.]. Логіка розгортання теоретизації предмета дослідження потребує врахування індивідуальних особливостей, соціального контексту травматизації, оскільки вторинна травматизація через соціальне неприйняття чи байдужість часто посилює негативні наслідки бойових переживань.

Важливого значення у контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів набувають питання трансформації системи цінностей і життєвих орієнтирів, характерної для частини осіб, які зазнали травматичного досвіду. Переживання тяжкого поранення, зміна звичного способу життя та втрата попередніх соціальних ролей можуть супроводжуватися відчуттям втрати контролю над власним життям, фрустрацією та депресивними реакціями. Такі прояви психологічної дезадаптації потребують своєчасного виявлення, психологічного супроводу та, за необхідності, професійної психотерапевтичної допомоги.

Зазначений підхід має теоретичне підґрунтя та знайшов відображення у працях низки відомих іноземних дослідників, зокрема Е. Берна, Т. Вебера, Дж. Герман та Д. Гоулмана. Особливого значення в цьому контексті набуває концепція Дж. Герман, відповідно до якої відновлення після психологічної травми розгортається через послідовність взаємопов’язаних етапів: стабілізацію та відновлення безпеки, опрацювання травматичних спогадів і переживань, а також інтеграцію травматичного досвіду та формування нового бачення себе і власного життя [24; 108 та ін.].

У межах наукового підходу ця концепція є вагомим внеском у розвиток клінічної психології, психотерапії та психології травми, оскільки забезпечує цілісне розуміння динаміки процесу психічного відновлення після травматичного досвіду. Практична реалізація концепції передбачає послідовне застосування психотерапевтичних і психосоціальних заходів, відповідно до основних етапів відновлення:

І етап. Стабілізація.

Принциповим є положення про те, що ключовою умовою ефективного зцілення є створення безпечного внутрішнього та зовнішнього середовища. Дж. Герман наголошує на важливості стабілізації як початкової фази, що передбачає встановлення безпеки, стабільності у тілі, міжособистісних стосунках та загальному життєвому функціонуванні особистості [24, с. 140]. Особливу увагу на цьому етапі приділено розвитку здатності до емоційної саморегуляції, підвищенню рівня самосвідомості та формуванню навичок запобігання емоційному перенавантаженню. Досягнення внутрішньої стабільності, формування навичок самодогляду та підтримання емоційної рівноваги становлять центральні завдання цього етапу.

У зв'язку з цим видається закономірним те, що на цьому рівні не передбачається глибокого занурення в травматичні спогади, але фокус зміщується на зміцнення внутрішніх ресурсів особистості. Порушення початкової безпеки, зазвичай пов'язані з феноменами безпорадності, сорому, вини, недовіри, відтворення деструктивних моделей поведінки у теперішніх стосунках, які теми потребують первинного опрацювання.

ІІ етап. Опрацювання травматичних спогадів.

Змістовою основою другого етапу є цілеспрямована робота з травматичними спогадами, яка передбачає їх поступове відтворення та осмислення, переоцінку їхнього значення й зниження інтенсивності негативного емоційного впливу. Дж. Герман характеризує цю фазу як етап «спогадів і жалоби», у межах якого особистість осмислює травматичний досвід, переживає втрати та оплакує позитивні аспекти попереднього життя, яких була позбавлена внаслідок травматичної події [24, с. 140]. Водночас проходження цього етапу не має розглядатися як механічно обов'язкова послідовність для кожної особи. Необхідність, тривалість та інтенсивність опрацювання травматичних спогадів визначаються індивідуальним станом людини, рівнем її стабільності та готовністю до такого опрацювання. За умов достатнього рівня адаптації окремі особи можуть не потребувати тривалого поглибленого повернення до травматичних переживань, зосереджуючи увагу

на підтриманні стабільності, інтеграції набутого досвіду та відновленні повноцінного функціонування.

Зазначені етапи перебувають у взаємозв'язку: терапевтична робота з травматичними спогадами має ґрунтуватися на досягнутому на першому етапі рівні психологічної безпеки та стабільності. Серед психотерапевтичних методів, які можуть застосовуватися на цьому етапі, важливе місце посідають підходи до опрацювання травматичних спогадів, зокрема EMDR (десенсибілізація та репроцесинг рухами очей), за умови достатньої стабілізації психологічного стану людини та її готовності до такого виду терапевтичної роботи.

III етап. Інтеграція нового досвіду.

Узагальнення положень попередніх етапів дає підстави стверджувати, що засадничою умовою третього етапу є відновлення здатності особистості до повноцінної участі в житті через налагодження міжособистісних стосунків, залучення до соціально значущої діяльності та відновлення або формування нових життєвих смислів і орієнтирів. Особистість, яка пройшла попередні етапи відновлення, набуває здатності усвідомлювати вплив травматичних подій на власну ідентичність, поведінку та ставлення до себе й навколишнього світу, а також формувати нові способи взаємодії, які не визначаються винятково травматичним досвідом.

Отже, трирівнева модель Дж. Герман може розглядатися не лише як концептуальна основа для розуміння процесу відновлення після психологічної травми, а й як орієнтир для побудови комплексної системи психотерапевтичної та психосоціальної допомоги, спрямованої на стабілізацію, опрацювання травматичного досвіду та його інтеграцію в оновлену систему особистісних смислів [24, с. 140]. Водночас ефективність застосування положень цієї моделі потребує врахування індивідуальних, вікових, соціокультурних та інших особистісно значущих чинників, що визначають особливості переживання травми та відновлення після неї.

У контексті аналізу трирівневої моделі відновлення після травми Дж. Герман особливої актуальності набуває питання її адаптації до специфічних потреб важкопоранених комбатантів [24, с. 140]. Поєднання положень зазначеної моделі з результатами сучасних досліджень травматичного досвіду та специфікою наслідків бойових поранень дає підстави розглядати можливість її змістовного розширення відповідно до потреб цієї категорії осіб. Такий підхід передбачає врахування не лише психологічного опрацювання травми, а й наслідків фізичних ушкоджень, змін тілесної та соціальної ідентичності, втрати або трансформації попередніх соціальних ролей, а також необхідності відновлення функціональної мобільності та соціальної суб'єктності.

Принциповим є положення про те, що травматичний досвід важкопоранених комбатантів має багаторівневу структуру: від переживання загрози життю, болю втрати функціональності тіла, до постійного психоемоційного напруження, пов'язаного з втратою побратимів, ізоляцією, соціальними бар'єрами та кризою ідентичності. Тому інтеграція моделі Дж. Германа в психотерапевтичну практику реабілітації уможливлює її подальшу адаптацію до умов бойової психотравми [392, с. 27].

На першому етапі відбувається робота з відчуттям безпорадності, втрати автономії та контролю, які значно ускладнюють процес відновлення. На другому – опрацювання травматичних спогадів, враховуючи потенційно ретравматизуючий характер спогадів про бойові дії, смерть побратимів, власне поранення. Осмислення втраченого функціоналу тіла, соціальної ролі, мрій і планів є складовими цього етапу. Для важкопоранених комбатантів на третьому етапі передбачається відновлення соціальних зв'язків, включення в нові види діяльності, де особа може реалізовувати свої здібності в умовах зміненого фізичного стану.

Розширення застосування моделі Дж. Германа на контингент ВК створює новий науково-практичний горизонт, що дозволяє осмислити феномен військової травми як складну психологічну систему, яка потребує

адаптації класичних психотерапевтичних підходів до умов війни. Враховуючи викладене, стає очевидною необхідність подальшого моделювання, апробації та емпіричного вивчення ефективності трирівневої моделі Дж. Германа в реабілітаційній роботі з пораненими комбатантами, з урахуванням культурно-ментальних особливостей, гендерних чинників, типів травматизації та етапу перебігу посттравматичних проявів [392, с. 27].

Теоретичні засади Е. Берна, який досліджував структуру особистості та динаміку міжособистісних відносин, є змістовним підґрунтям для аналізу процесів соціальної адаптації важкопоранених комбатантів [418, с. 161]. Його структурний та трансакційний аналіз уможливлює уточнення особливостей внутрішньої психологічної організації особистості в умовах радикальної зміни фізичного й емоційного стану після поранення.

Так, сутнісна характеристика «Я-станів» за Е. Берном – «Батько», «Дорослий», «Дитина» – дозволяє дійти висновку, що після важких поранень комбатанти часто стикаються з дисбалансом між цими станами, що зумовлений фізичною втратою функціональності, емоційною дезорганізацією [418, с. 161]. У взаємодоповненні результатів вищезазначених досліджень з практикою психологічної допомоги, можна стверджувати, що переактивація «Дитячого» стану (емоційна вразливість, страх, безпорадність) або «Батьківського» (самозвинувачення, жорстка самокритика, внутрішній осуд) є типовими реакціями внаслідок травми. Проте важливо підкреслити, що інтеграція й активізація «Дорослого» стану – здатності до реалістичної оцінки ситуації, прийняття рішень, саморефлексії та пошуку ефективних стратегій подолання труднощів – є ключовою умовою адаптивного відновлення.

У зв’язку з цим закономірним є те, що застосування трансакційного аналізу дозволяє проаналізувати моделі комунікації між пораненими комбатантами та їхнім соціальним оточенням (родичами, медичним персоналом, побратимами, соціальними службами). Висловлені аргументації дають змогу стверджувати, що перехресні трансакції, які виникають, коли

реакція співрозмовника не відповідає очікуваному «Я-стану», часто стають джерелом конфліктів, непорозуміння та дезадаптації.

Наприклад, звернення комбатанта з позиції «Дорослого» («Я хочу зрозуміти, як адаптуватися до нового життя») може викликати реакцію з позиції «Батька» («Ти повинен бути сильним і не жалітися»), що здатне спричинити внутрішній протест, емоційне відсторонення або замикання в собі. Отже, оптимізація трансакцій за моделлю «Дорослий – Дорослий» є важливою передумовою конструктивної комунікації, взаємної поваги та соціального включення важкопораненого комбатанта.

Застосування положень трансакційного аналізу в психологічній реабілітації дає змогу виявляти та коригувати неефективні комунікативні сценарії, сприяти формуванню конструктивних способів взаємодії та моделювати більш адаптивні соціальні ролі. Такий підхід може бути особливо значущим у післябойовий період, коли комбатантові необхідно вибудовувати нові моделі взаємодії з членами сім'ї, фахівцями, побратимами та представниками соціального середовища.

Стан розробленості проблеми дослідження засвідчив, що недостатньо вивченими залишаються питання застосування трансакційного аналізу як інструменту посттравматичної реадаптації важкопоранених військовослужбовців. Розкриття потенціалу такого підходу дає змогу комплексно дослідити особливості формування нової ідентичності особистості в умовах радикальної зміни життєвих обставин та трансформації усталених моделей міжособистісної взаємодії.

Таким чином, поєднання положень теорії Е. Берна з практикою психосоціальної підтримки важкопоранених комбатантів створює підґрунтя для розроблення моделі адаптивної комунікації, заснованої на усвідомленому використанні «Я-станів» та оптимізації міжособистісних взаємодій [418, с. 161]. Такий підхід розширює теоретичні уявлення про можливості застосування трансакційного аналізу в контексті травматерапії та соціальної реінтеграції комбатантів.

Розроблена модель адаптивної комунікації може бути використана для діагностики, корекції та оптимізації міжособистісних взаємодій важкопоранених комбатантів. Її основні етапи представлено на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Етапи моделі адаптивної комунікації важкопоранених комбатантів на основі концепції Е. Берна

Запропонована модель є інноваційною у контексті адаптації класичних теоретичних положень Е. Берна до специфіки військової психології та потреб психосоціальної реабілітації осіб із бойовою травмою [418, с. 161]. Механізми структурного та трансакційного аналізу можуть бути використані для діагностики психоемоційного стану, визначення особливостей міжособистісної взаємодії та побудови цілісного терапевтичного процесу, спрямованого на відновлення суб’єктної активності, міжособистісної включеності та психологічної автономії важкопораненого комбатанта.

Поряд із вивченням когнітивних змін у структурі психічної діяльності актуального значення набуває проблема емоційної регуляції у процесі посттравматичного відновлення. Її дослідження потребує поєднання

класичних нейропсихологічних підходів із сучасними концепціями афективної регуляції. Узагальнення наукових положень дає підстави розглядати когнітивно-емоційну регуляцію як інтегративну функцію, що відіграє ключову роль у психологічній адаптації важкопоранених комбатантів після перенесених бойових травм.

Наведені положення дають підстави стверджувати, що важливою передумовою стійкості до наслідків травматичного досвіду є наявність когнітивних ресурсів і сформованих компонентів емоційного інтелекту, що обґрунтовано у працях Д. Ґоулмана. У праці «Емоційний інтелект» автор наголошує, що здатність до самосвідомості, саморегуляції, емпатії та ефективної соціальної взаємодії має важливе значення для адаптації особистості, особливо в умовах кризи та стресу [81, с. 250]. Зазначені положення дають змогу припустити, що для комбатантів, які зазнали тяжких фізичних і психологічних травм, розвиток емоційної компетентності може виступати важливим ресурсом психологічного відновлення, сприяти регуляції емоційних реакцій та підтримувати процес соціально-психологічної адаптації.

Принциповим є положення про те, що когнітивна нейропсихологія не ігнорувала значення емоцій у структурі психічної діяльності. Аналіз ознак когнітивно-емоційної регуляції засвідчує, що поєднання саморефлексії, афективної обізнаності та здатності керувати власними емоційними реакціями формує важливе підґрунтя особистісної резилієнтності. Необхідність інтеграції зазначених параметрів у реабілітаційні практики для важкопоранених комбатантів зумовлена їх значенням для підтримання психологічної цілісності, розвитку саморегуляції та відновлення автономної суб’єктності.

У цьому контексті когнітивно-емоційну регуляцію доцільно розглядати як один із центральних компонентів реабілітаційної моделі, орієнтованої на відновлення функціональних можливостей та реконструкцію особистісної цілісності після тяжкої травми. Відповідно, перспективним напрямом є

моделювання та подальше вивчення особливостей когнітивно-емоційної регуляції у системі психологічної підтримки важкопоранених комбатантів із урахуванням культурного контексту, специфіки бойового досвіду та рівня сформованості емоційної компетентності.

Поєднання положень про функціональні системи мозку з теоретико-практичними підходами Д. Ґоулмана до емоційного інтелекту стало підґрунтям для розроблення міждисциплінарної моделі психосоціальної реабілітації, заснованої на когнітивно-емоційній інтеграції [81, с. 250]. Її сутність полягає в комплексному підході до відновлення важкопоранених комбатантів, у межах якого ключового значення набувають:

− оцінювання та стимулювання збережених когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення) з урахуванням особливостей функціонування відповідних систем;

− формування емоційної самосвідомості, розвиток навичок емоційної саморегуляції та емпатії відповідно до положень моделі емоційного інтелекту Д. Ґоулмана;

− індивідуалізація психореабілітаційних маршрутів з урахуванням нейропсихологічного профілю та рівня сформованості емоційної компетентності;

− сприяння соціальній інтеграції через розвиток навичок адаптивної комунікації з урахуванням нейропсихологічних порушень та емоційних труднощів.

Модель психосоціальної реабілітації, заснована на когнітивно-емоційній інтеграції, дасть змогу відновити функціонування, забезпечити цілісну адаптацію особистості до нових життєвих умов.

Зі свого боку, дослідження Т. Вебера сприяють глибшому розумінню механізмів стресостійкості та адаптивних поведінкових реакцій у кризових ситуаціях [113, с. 77]. Принциповим у цьому контексті є положення про цілераціональну дію як форму вольової активності, що дає змогу інтерпретувати стратегічний вибір особистості в умовах невизначеності та

розглядати соціальну ініціативу як потенційне джерело особистісних і соціальних трансформацій. У контексті травматичного досвіду ВК проблема адаптації не може зводитися виключно до традиційних моделей соціального відновлення. Вона потребує врахування здатності особистості до прояву ініціативи, яка в межах філософії соціальної дії розглядається як чинник змін на індивідуальному та соціальному рівнях.

Досягнення різних рівнів відновлення може характеризуватися специфічними маркерами психофізіологічної, емоційно-вольової та соціокогнітивної активності особистості, яка зазнала бойової травми. Відповідно, моделювання індивідуальних траєкторій психосоціальної реабілітації має передбачати врахування особливостей сенсорної інтеграції, психологічних наслідків тілесних ушкоджень, переживання втрати близьких або побратимів, а також тривалого перебування в умовах екзистенційної загрози. Такий підхід дає змогу розглядати реабілітацію не лише як відновлення порушених функцій, а і як процес активного формування нових способів взаємодії особистості із собою, іншими людьми та соціальним середовищем.

Обґрунтування актуальності такого підходу зумовлене винятковою роллю суб'єктивного чинника у відновленні здатності до дії, що поєднує елементи раціонального проєктування майбутнього та ірраціонального імпульсу до самозбереження, творчості й переосмислення. У ініціативі, як соціально забарвленій формі психічної активності, акумулюється потенціал адаптації та інноваційного впливу на соціальний порядок. Її вияви акумулюються у складноінтегрованих формах посттравматичного зростання, серед яких найбільш визнаними є волонтерська активність, участь у громадянських ініціативах, створення соціальних проєктів.

Отже, виникає потреба у моделюванні та вивченні особливостей психологічної травми у комплексі з порушеннями сенсорної функції, що дозволить розробити більш ефективні методи реабілітації.

До досліджень специфіки переживання травми зверталися українські науковці Є. Гриневич, М. Лукашенко, Н. Оніщенко та С. Яковенко [211 та ін.]. У своїх працях вони наголошують на багатовимірному характері впливу бойового травматичного досвіду, який охоплює психічні, емоційні та соціально-поведінкові аспекти адаптації особистості після повернення до мирного життя.

Серед зарубіжних дослідників, які приділяли значну увагу механізмам психотравматизації та когнітивно-емоційним наслідкам травматичного досвіду в умовах бойових конфліктів, варто виокремити А. Баюн, М. Бертон, Р. Браянта, Е. Бромет, Б. Дейтса, С. Хобфолла та Е. Фоа. У межах теорії збереження ресурсів С. Хобфолл підкреслює, що травматичні події можуть призводити до втрати або виснаження внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, а недостатність своєчасної соціальної підтримки може підвищувати ризик несприятливих психологічних наслідків. Розроблені Е. Фоа когнітивно-поведінкові підходи до терапії ПТСР ґрунтуються, зокрема, на опрацюванні та переосмисленні травматичного досвіду. У свою чергу, дослідження Р. Браянта засвідчують значення інтенсивності та тривалості первинної стресової реакції для прогнозування подальшого перебігу посттравматичних проявів і ризику формування хронічного ПТСР [427].

Згідно з трактуваннями М. Лукашенко та Н. Оніщенко травматичний досвід комбатантів не обмежується психічною сферою, а впливає на соціальний статус, систему міжособистісних зв’язків, уявлення про сенс життя та власну ідентичність [215]. Учені підкреслюють, що проблема соціально-психологічної адаптації ускладнюється через фізичні втрати, зміну соціальних ролей, втрату звичного кола спілкування та професійної діяльності.

У світовій науковій літературі існує низка підходів до аналізу переживання травми. Психодинамічний підхід, розроблений на основі ідей З. Фройда, пояснює травматичний невроз як фіксацію на моменті травми, що призводить до інтрапсихічних конфліктів та порушень інтеграції «Я»

[392, с. 26]. Когнітивно-біхевіоральний підхід (Е. Фоа, Р. Браянт) акцентує на умовно-рефлекторних механізмах закріплення травматичних спогадів та їх повторної актуалізації через тригерні стимули [386]. Багатофакторні моделі, розроблені Б. Грін, Дж. Вілсон та Дж. Лігді, підкреслюють необхідність врахування особистісних і соціальних чинників (рівня СП, демографічних характеристик та культурних особливостей), що визначають ступінь вразливості до травматизації [416].

Попри вагомий науковий внесок, низка аспектів цієї проблематики залишається недостатньо вивченою. Так, у працях українських і зарубіжних авторів бракує системного аналізу специфіки переживання травми важкопораненими комбатантами з урахуванням комплексного впливу фізичних ушкоджень, втрати функціональних можливостей та тривалого реабілітаційного процесу на психічний стан особистості. Подальшого дослідження потребує також взаємозв'язок між етапами переживання травми (шок, дезорганізація, реорганізація) та формуванням довготривалих моделей соціальної поведінки, особливо в умовах стигматизації, соціального відторгнення та зміни звичного соціального статусу.

На основі аналізу сучасних теоретичних концепцій доцільно запропонувати інтегративну модель вивчення переживання травми важкопораненими комбатантами, яка охоплює такі компоненти:

1. Психобіологічний компонент – враховує характер і тяжкість фізичних ушкоджень, можливі неврологічні зміни, наслідки тривалого больового синдрому та особливості медикаментозної терапії, які в сукупності можуть впливати на рівень стресового навантаження, емоційний стан і психосоматичне функціонування особистості. Передбачає дослідження взаємозв'язку між фізичними травмами й емоційною сферою, яка містить вплив тілесного досвіду на формування травматичної пам'яті та поведінкових реакцій.

2. Когнітивно-емоційний компонент – розкриває механізми руйнування базових уявлень про безпеку, контроль і власну цінність, які формуються

унаслідок травми. Важливим є аналіз процесів переосмислення травматичних подій, пошук нових сенсів і відновлення почуття власної ідентичності через когнітивно-поведінкові та наративні методи терапії.

3. Соціально-ресурсний компонент – оцінює рівень соціальної підтримки (сімейної, групової, інституційної), взаємодію з державними структурами та громадськими організаціями, проблеми працевлаштування та інтеграції у цивільне життя; враховує значення середовища для подолання почуття соціальної ізоляції та стигматизації.

4. Динамічний аналіз етапів переживання травми – дозволяє визначати та своєчасно ідентифікувати переходи від нормальної реакції горя й шоку до патологічних станів (ПТСР, депресії, тривожних розладів). Включає аналіз стадій психологічної адаптації від початкової дезорганізації та відчуження до етапів реорганізації та відновлення соціальних ролей.

Запропонована модель спрямована на комплексне розуміння взаємозв’язків між тілесними, емоційними та соціальними аспектами травматичного досвіду, що дає змогу розробляти більш цілісні програми психологічної реабілітації та ресоціалізації ВК.

Особливої уваги заслуговує питання порушення тілесної ідентичності та сприйняття себе у важкопоранених комбатантів, яке стало предметом досліджень вітчизняних та міжнародних науковців (Ж. Гілеса, Е. Еріксона, М. Кляйн, Ж. Лакана, Ж. Міллера, Дж. Тернера, Дж. Тешфілда, З. Фройда, Е. Фромма та ін.) [434 та ін.].

У класичних психоаналітичних працях З. Фройд підкреслював значення несвідомих процесів у формуванні уявлення особистості про власне «Я» та тілесні межі, звертаючи увагу на взаємозв’язок між тілом як фізичною реальністю та його психічним образом [386, с. 382]. Подальший розвиток ці положення отримали у працях Ж. Лакана, який акцентував увагу на символічному та уявному вимірах тілесної ідентичності, зокрема у концепції «стадії дзеркала» як одного з механізмів формування образу себе. Е. Фромм розглядав ідентичність особистості у взаємозв’язку із соціальними та

екзистенційними чинниками, що є особливо значущим у контексті осмислення наслідків травматичного ушкодження тіла [392, с. 27].

У межах теорії психосоціального розвитку Е. Еріксон пов'язував формування ідентичності з досягненням цілісності особистісного «Я», що дає підстави розглядати суттєві зміни тілесності як один із чинників трансформації самоідентифікації, особливо в дорослому віці [401, с. 180].

У психоаналітичних дослідженнях психотравми Ж. Міллер розглядала механізми психологічного відчуження від травмованого тіла, тоді як М. Кляйн досліджувала внутрішньоособистісні конфлікти, пов'язані з переживанням змін власного тіла та їх інтеграцією у психічний досвід особистості [418, с. 159].

У соціально-психологічних дослідженнях Дж. Тешфел і Дж. Тернер акцентували увагу на взаємозв'язку самоідентифікації, соціальної належності та рольової поведінки, що дає змогу розглядати тілесну травму як чинник потенційної трансформації соціальної ідентичності комбатанта. Когнітивно-поведінковий аспект сприйняття себе після тяжких тілесних ушкоджень також набуває значення для розуміння процесів переоцінки власних можливостей, самооцінки та адаптації до зміненої тілесності [401].

В українських наукових розвідках ця проблематика представлена менш широко, проте окремі наукові праці, зокрема дослідження М. Жиліна, присвячені відновленню цілісності самосприйняття та підтриманню тілесної ідентичності як важливого аспекту реабілітації [10, с. 90].

Водночас, систематичних досліджень механізмів порушення тілесної ідентичності в українському контексті наразі недостатньо, особливо в аспекті інтеграції психоаналітичних і соціально-психологічних підходів до вивчення адаптації важкопоранених комбатантів.

На основі аналізу сучасних теоретичних та емпіричних напрацювань доцільно запропонувати розширену багаторівневу модель реабілітації тілесної ідентичності важкопоранених комбатантів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Багаторівнева інтегративна модель реабілітації тілесної ідентичності важкопоранених комбатантів

№ п/п	Назва рівня	Характеристика рівня	Що взято в учених	Власні пропозиції
1.	Психо-динаміч-ний рівень	Робота з травматич-ним досвідом та реконструкція внутрішнього образу тіла через психоаналітичні методи	Ідеї З. Фройда, Ж. Лакана, М. Кляйн – інтеграція травми, психо-аналітичні інтервенції [57]	Розширення інтервенцій шляхом фокусування на тілесній ідентичності та роботі з тілесним образом
2.	Психо-соціаль-ний рівень	Відновлення соціальної ролі, підтримка ідентичності та приналежності в суспільстві	Концепції Е. Еріксона, Дж. Тернера, Дж. Тешфілда – соціальна адаптація через групи підтримки [10]	Запровадження сімейно-громадських інтеграційних програм для посилення соціальної підтримки
3.	Когні-тивно-поведін-ковий рівень	Корекція деструктивних моделей сприйняття себе, формування адаптивних стратегій поведінки	Роботи Ж. Гілеса – когнітивна реструктуризація, поведінкова терапія [57]	Використання інтерактивних технік саморегуляції та розвитку емоційної компетентності
4.	Нейро-психо-логічний рівень	Урахування змін мозку і нервової системи, застосування нейронаукових методів реабілітації	Сучасні нейронаукові підходи Н. Чорної – нейрофідбек, соматичні практики [2, с. 162]	Впровадження комплексного моніторингу нейро-фізіологічних показників для персоналізації лікування
5.	Куль-турно-історич-ний рівень	Адаптація методів з урахуванням національних, соціальних та історичних особливостей	Українські соціокультурні дослідження Д. Христун – вплив історичного контексту [2, с. 162]	Розробка національно орієнтованих програм психологічної підтримки, з урахуванням локальних традицій

Продовження табл. 2.1

№ п/п	Назва рівня	Характеристика рівня	Що взято в учених	Власні пропозиції
6.	Інтегра-тивний рівень	Координація міждисциплінарних підходів для цілісності реабілітації	Поєднання психо-аналітичних, соціально-психологічних, когнітивних, нейро-психологічних методів [57]	Створення інтегрованих реабілітаційних протоколів із постійним контролем і корекцією стратегії

Впровадження багаторівневої інтегративної моделі реабілітації тілесної ідентичності може сприяти підвищенню ефективності психологічної та соціальної допомоги важкопораненим комбатантам, відновленню цілісності їхнього тілесного самосприйняття, покращенню психоемоційного стану та посиленню соціальної інтеграції.

Стан розроблення проблеми засвідчує, що недостатньо дослідженими залишаються питання вторинної травматизації, деформації системи цінностей і життєвих орієнтирів, переживання станів фрустрації, депресивних реакцій та втрати контролю над власним життям. Подальше дослідження зазначених аспектів дасть змогу комплексніше розкрити специфіку формування та розвитку адаптивного потенціалу важкопоранених комбатантів.

У вітчизняній психології залишаються недостатньо вивченими впливи соціального неприйняття як чинника вторинної травматизації. Уперше це поняття було описано Ч. Фіглі, який диференціював первинну та вторинну травматизацію. Вторинна, на його думку, виникає внаслідок знання про травму іншої особи, що в умовах соціальної байдужості або ізоляції посилюється. До вивчення цього явища долучалися такі дослідники: іноземні – І. Абу Атра, Р. Брокгаус, С. Джозеф, Н. Духан, К. Коен, Р. Мсетфі [420 та ін.]; українські – О. Любченко, М. Нестеренко, О. Плетка, О. Тарасенко [326 та ін.]. Вони підкреслювали роль соціального середовища у повторному психічному травмуванні комбатантів, які проходять СПА.

Психологічний вплив деформації системи цінностей у посттравматичних станах важкопоранених обумовлює порушення

самоідентифікації, втрату смислів та орієнтирів, що підтримували до цього внутрішню єдність особистості. У цьому контексті значущими є концепції А. Маслоу, М. Рокича та В. Франкла, які наголошували на ієрархічній організації потреб, самоактуалізації, значенні пошуку сенсу як адаптивного ресурсу [392]. В українській психологічній науці на цих аспектах акцентували увагу Н. Антонова, Є. Головаха, Л. Добровольська, М. Шевченко та Д. Шляхта [191]. Вони розглядали ціннісно-смислову сферу як ключовий компонент психологічного благополуччя та чинник посттравматичної інтеграції, наголошували на динаміці життєвих орієнтацій у контексті соціальних трансформацій, на ролі екзистенційного переосмислення у формуванні адаптивного ресурсу.

Водночас у вітчизняній психології недостатньо дослідженими залишаються питання трансформації ціннісно-смислової сфери комбатантів після травмування, особливо в контексті феномена «синдрому відкладеного життя», описаного Г. Бондаренко, Л. Кацалан, Ю. Лановенко, О. Вдовіченко та іншими дослідниками [37]. Це актуалізує необхідність урахування не лише характеру психотравмувальної події та її суб'єктивного сприйняття, а й реакції соціального оточення на особу, яка зазнала травми.

Одним із суттєвих психоемоційних наслідків травматизації може бути втрата відчуття контролю над власним життям, що пов'язана з переживаннями фрустрації та депресивними проявами. У вітчизняному науковому просторі на ризиках розвитку тривожних та афективних розладів у контексті поствоєнної адаптації наголошували С. Баннікова, Н. Божок, О. Боковець, Н. Круглова, С. Поліщук, С. Прахова [33; 292 та ін.], а в іноземних дослідженнях відповідну проблематику розглядали Р. Баркер, Л. Берковіц, Дж. Клерман, Д. Майєрс, С. Редо [122 та ін.].

Фрустраційна толерантність, згідно з Н. Чиженко, виступає психічною якістю, яка забезпечує конструктивне подолання фрустраційних ситуацій. О. Холодова розглядає цю здатність як індивідуально-психологічну стійкість до деструктивного впливу стресогенних подразників [183]. Теоретична основа

фрустрації як реакції на блокування потреб була закладена у працях С. Розенцвейга, який виділив дев'ять моделей фрустраційної поведінки та її екстра/імпунітивну спрямованість [182, с. 195].

Отже, соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є складним багаторівневим процесом, у якому взаємодіють зовнішні (соціальні) та внутрішні (особистісні, когнітивні й емоційні) чинники. Це розширює теоретичне осмислення проблеми в межах мілітарної психології та створює підґрунтя для конструювання нової теоретичної моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, що охоплює чотири взаємопов'язані рівні.

Перший рівень первинної травматизації пов'язаний із переживанням травматичної події та її наслідками для фізичного і психічного здоров'я. До провідних проявів цього рівня належать тілесні ушкодження, шокові реакції, розвиток посттравматичного стресового розладу. Основними механізмами психологічного реагування виступають боротьба, уникнення та заціпеніння. Теоретичне підґрунтя цього рівня сформоване на засадах концепцій Ч. Фіглі (вторинна травматизація, співпереживання болю) та С. Джозефа (посттравматичне зростання і дезадаптація), які підкреслюють амбівалентність переживання травми як чинника руйнування або трансформації особистості [401, с. 181].

Другий рівень вторинної травматизації зумовлений соціальним контекстом, у якому перебуває комбатант після поранення. Сюди відносяться явища соціального неприйняття, байдужості, стигматизації, які формують додатковий травмуючий досвід. Психологічні симптоми цього рівня виявляються через ізоляцію, емоційне вигорання, відчуття знецінення власного досвіду. У цьому контексті вагомими є праці І. Абу Атри, Р. Мсетфі та О. Тарасенко, які акцентують увагу на суспільно-психологічних механізмах відторгнення та дискредитації, що підсилюють посттравматичну симптоматику [443; 468 та ін.].

Третій рівень деформації ціннісної сфери охоплює глибокі зміни у системі смислів та особистісних орієнтирів комбатанта. У цьому вимірі

спостерігається втрата сенсу життя, поява «синдрому відкладеного життя», стану екзистенційної пустоти. До специфічних феноменів цього рівня належать дефіцитні цінності (за А. Маслоу), фрагментація ідентичності, духовна дезорієнтація. У теоретичному плані рівень ґрунтується на концептуальних напрацюваннях А. Маслоу, В. Франкла (логотерапія) та Є. Головахи (життєвий світ особистості), які дозволяють осмислити процес реконструкції ціннісної структури після травматичних змін [392].

Четвертий рівень фрустраційних і депресивних реакцій є завершальним етапом наростання дезадаптивних тенденцій. Він характеризується деструктивною поведінкою, апатією, агресією, самоізоляцією, порушенням соціального функціонування. Описується через теорію фрустрації С. Розенцвейга та адаптовані вітчизняні підходи, зокрема роботи О. Холодової [191 та ін.]. Важливо підкреслити наявність фрустраційної толерантності, розвитку рефлексії та креативності, що можуть сприяти конструктивному подоланню кризового стану.

Таким чином, модель багаторівневої травматизації розкриває динаміку та глибину змін, що відбуваються з особистістю важкопораненого комбатанта, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до його соціально-психологічної адаптації, з урахуванням індивідуальних, міжособистісних та екзистенційних факторів.

Поряд із вивченням психологічних наслідків бойового травматизму, актуальною темою для дослідників є аналіз формування копінг-стратегій як ключового механізму подолання стресових ситуацій та забезпечення адаптаційного потенціалу ВК. У сучасному психологічному дискурсі Л. Долинської та Т. Ткачук копінг-стратегії розглядаються як свідомі поведінкові й когнітивні зусилля, спрямовані на регуляцію емоційної та інтелектуальної напруги з метою забезпечення внутрішнього балансу особистості в умовах критичних життєвих змін [147].

Для комплексної інтерпретації феномена копінг-поведінки доцільно звернутися до низки теоретичних підходів. Суттєвий внесок у становлення

сучасних уявлень про копінг здійснили такі іноземні дослідники, як Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Тауберт та ін. [427 та ін.]. Водночас психоаналітична традиція, започаткована З. Фройдом, заклала теоретичне підґрунтя для розуміння механізмів психологічного захисту як способів подолання внутрішньої напруги. Сукупність зазначених підходів сприяла формуванню багатовекторного розуміння природи подолання стресу – від психоаналітичних механізмів психологічного захисту до транзакційної моделі стресу та копінгу.

В українському науковому просторі ця проблематика висвітлюється у працях Л. Долинської, В. Предка, Т. Ткачук, Г. Чернякової, які акцентують на функціональній ролі копінг-стратегій у забезпеченні цілісної соціально-психологічної адаптації особистості в умовах травматичних подій [82; 144].

Відстежується низка розробок, які стосуються проблематики типології копінг-стратегій, серед яких Л. Долинська та Г. Чернякова виділяють [82, с. 50]:

- конфронтацію як стратегію емоційної розрядки;
- дистанціювання шляхом знецінення ситуації;
- самоконтроль як цілеспрямоване стримування емоцій;
- пошук соціальної підтримки – апеляція до зовнішніх ресурсів;
- прийняття відповідальності є усвідомленням власної ролі в подоланні труднощів;
- втечу-уникнення як неконструктивний варіант уникнення болісних переживань;
- планування вирішення проблеми є стратегією структурного аналізу;
- позитивну переоцінку як переосмислення ситуації, як можливості для особистісного зростання.

Ефективність копінг-стратегій значною мірою визначається відповідністю обраної поведінкової лінії характеру травматичного досвіду та рівню усвідомлення його наслідків. Водночас потребує аналізу індивідуально-психологічний ресурс особистості, оскільки саме він створює підґрунтя для формування ефективних копінг-стратегій та успішної СПА.

У цьому контексті важливою є позиція О. Штепи, яка визначає психологічну ресурсність як диспозицію інтенційності, що актуалізується в ситуаціях морального самовизначення, забезпечуючи сенсоутворення та інтеграцію досвіду [197, с. 17]. Подібний підхід отримав подальший розвиток у працях К. Роджерса, С. Хобфолла, Е. Фромма, які акцентують увагу на екзистенційних та гуманістичних аспектах внутрішніх ресурсів особистості [462].

Українські вчені Т. Скрипаченко, О. Медянова, В. Філоненко та О. Чабан обґрунтовують, що індивідуально-психологічні ресурси – це актуалізовані когнітивні або емоційні характеристики, сталий потенціал до рефлексивного переосмислення себе в умовах зміненого соціального середовища [331].

Очевидно, що обґрунтування кожного з компонентів адаптаційного потенціалу потребує системного та послідовного висвітлення в межах цілісної теоретичної моделі.

На основі узагальнення теоретичних положень та результатів досліджень, присвячених копінг-поведінці й індивідуально-психологічним ресурсам особистості, розроблено теоретичну модель формування адаптаційного потенціалу важкопоранених комбатантів. Модель враховує взаємозв’язок копінг-стратегій із рівнем індивідуально-психологічної ресурсності та охоплює три взаємопов’язані рівні:

I. Ресурсно-детермінований (психологічна основа) – охоплює інтегральні характеристики особистості, зокрема емоційну стійкість, рефлексивність, силу характеру та ціннісні орієнтації, які визначають потенційну готовність особистості до використання конструктивних копінг-стратегій.

II. Копінг-реалізаційний (поведінкова модальність) – відображає вибір і реалізацію копінг-стратегій під впливом особистісних ресурсів та ситуаційних обставин. До них належать конфронтація, уникнення, пошук соціальної підтримки, самоконтроль та інші способи подолання труднощів.

III. Адаптаційно-результативний (результат і трансформація) – характеризує наслідки адаптаційної активності, зокрема відновлення

функціональної самостійності, збереження та реконструкцію «Я-концепції», соціальну реінтеграцію, формування наративної ідентичності та життєстійкості.

Основною ідеєю моделі є положення про те, що адаптаційний потенціал ВК є результатом узгодженості ресурсних диспозицій із продуктивними копінг-стратегіями, що забезпечують цілісну соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів.

Теоретична модель формування адаптаційного потенціалу важкопоранених комбатантів демонструє послідовний зв'язок між особистісними ресурсами, реалізованими копінг-стратегіями та ефективною соціально-психологічною адаптацією. Їх узгодженість забезпечує цілісність, відновлення функціональності та життєстійкість важкопоранених комбатантів.

У науковій літературі проблема соціально-психологічної адаптації ВК до мирного життя розглядається як багатокомпонентний процес, що поєднує психологічні, соціальні та медико-реабілітаційні заходи. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» комплексні соціальні послуги охоплюють аналіз життєвої ситуації, психологічну допомогу, сприяння отриманню психіатричної підтримки, відновлення та розвиток родинних і суспільних зв'язків, формування соціальних і комунікаційних навичок, інформаційне забезпечення, проведення сімейних психологічних тренінгів [240].

Соціальне функціонування відіграє ключову роль у процесі адаптації, що передбачає відновлення соціальних ролей, налагодження міжособистісних контактів та активну участь у житті родини, громади і професійного середовища. Відновлення соціальних ролей сприяє формуванню стабільної ідентичності та підвищенню мотивації до життя, а емоційна, інформаційна та інструментальна соціальна підтримка слугує фундаментом подолання стресу і зниження рівня ізоляції.

Узагальнення результатів проаналізованих вітчизняних досліджень дозволяє виокремити низку положень, що мають практичну значущість для наукового пошуку механізмів адаптації осіб з бойовим досвідом. Досвід, представлений у роботах П. Данилова, свідчить про високу ефективність

інтеграції ресурсів державних соціальних служб і громадського сектору, зокрема волонтерських організацій, у процесі післявоєнної адаптації [194, с. 15]. Запропонована О. Дорошенко модель психологічної підтримки, орієнтована на формування стресостійкості та позитивної «Я-концепції», продемонструвала здатність знижувати рівень тривожності та депресивних проявів у ветеранів [198, с. 176]. Результати досліджень А. Гаврилюка підтверджують, що активна соціальна інтеграція, зокрема участь у громадських ініціативах, корелює з підвищенням рівня суб'єктивної задоволеності життям та соціальним статусом [194, с. 16]. У працях Н. Сургунд аргументовано необхідність міжвідомчої та мультидисциплінарної координації, яка забезпечує комплексність і сталість результатів адаптаційних програм [296, с. 93].

Психотравмуючі події бойового досвіду мають вплив на індивідуальний психологічний стан і соціальне функціонування важкопоранених комбатантів. Вони часто спричиняють порушення самооцінки, виникнення посттравматичних стресових розладів, тривожних і депресивних станів, що ускладнює повернення до звичного соціального життя. Психологічні наслідки травми порушують довіру, міжособистісні контакти та комунікативні навички, що підкреслює важливість розвитку адаптивних механізмів подолання стресу і формування внутрішньої стійкості. Психотравма впливає на соціальну ідентичність, змушуючи особу переосмислювати власні ролі та цінності в суспільстві.

В іноземних наукових напрацюваннях (зокрема Д. Бріера та Дж. Дейлі) виділено глибинний аналіз посттравматичних змін особистості на факторах, що підвищують психологічну стійкість та сприяють успішній реінтеграції у мирне життя [350]. Результати їхніх досліджень засвідчують, що розвиток внутрішніх ресурсів особистості є одним із ключових чинників подолання травматичних переживань та відновлення адаптаційного потенціалу. Особливу увагу соціальним детермінантам адаптації приділяв С. Джеффрі, який підкреслював значення сімейної підтримки та активної участі в житті

громади для відновлення повноцінного функціонування особистості після пережитого травматичного досвіду. На його думку, соціальна активність сприяє відновленню почуття приналежності, самореалізації та позитивної ідентичності [363].

Д. Ліндерман і С. Мартін також наголошували на необхідності застосування спеціалізованих освітніх програм, які сприяють відновленню розумової, трудової діяльності та підвищують конкурентноспроможність комбатантів на цивільному ринку праці [427]. Специфічні потреби комбатантів жіночої статі досліджував Р. Сейферт, який зазначав, що характер психологічної підтримки та соціальні виклики для жінок-комбатантів можуть відрізнятися від таких у чоловіків [365, с. 250]. У межах адаптаційних програм він акцентував увагу на необхідності індивідуалізації підходів з урахуванням гендерних особливостей. Значущим внеском є розроблена К. Холлом модель «поступового повернення» до цивільного життя, яка передбачає поетапне зниження інтенсивності психологічної та соціальної підтримки залежно від рівня адаптації особи. Такий підхід орієнтований на поступове відновлення автономності комбатантів і забезпечення необхідної підтримки в критичні періоди процесу реінтеграції [363].

Узагальнення вітчизняних та іноземних наукових джерел дає змогу виявити спільні та відмінні підходи до розуміння соціально-психологічної адаптації комбатантів. І в українських, і в зарубіжних дослідженнях адаптація розглядається крізь призму інтегрованості особистості в соціальне середовище, наявності підтримки з боку сім’ї та громади, а також доступності психологічних і медичних послуг. Водночас українські дослідження частіше акцентують увагу на впливі державної соціальної політики, системи пільг та правового статусу комбатантів, тоді як зарубіжні – на особистісних ресурсах, психологічній стійкості та можливостях професійної реалізації після завершення військової служби.

На основі аналізу зазначених теоретичних підходів пропонуємо інтегративну теоретичну модель соціально-психологічної адаптації

важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка охоплює взаємопов'язані структурно-функціональні блоки.

Індивідуально-психологічний компонент охоплює систему внутрішніх особистісних ресурсів і психологічних характеристик, що визначають адаптаційний потенціал важкопораненого комбатанта, зокрема:

- рівень самооцінки;
- стресостійкість;
- мотивацію до життя та особистісного розвитку;
- рівень психотравматизації, зокрема наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психотравматичних проявів.

Підтримка передбачає використання психологічних інтервенцій, спрямованих на корекцію емоційного стану, розвиток адаптивних механізмів подолання стресу та формування позитивної «Я-концепції». Зарубіжні дослідження Д. Бріера та Дж. Дейлі підкреслюють значення психологічної стійкості як основного чинника подолання травматичних переживань [347].

Соціально-середовищний блок включає підтримку з боку сім'ї, найближчого оточення, громади та професійного середовища. Активна участь комбатантів у соціальних мережах і громадських ініціативах сприяє зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню суб'єктивного відчуття благополуччя. Як підтверджують дослідження А. Гаврилюка та С. Джеффрі, соціальна інтеграція є критичною для формування стабільної підтримуючої мережі [463].

Інституційний блок охоплює доступність і якість медичної, психологічної, юридичної допомоги, соціальних гарантій і пільг. Тут відбувається міжвідомча координація дій соціальних, медичних, психологічних та правових служб, що забезпечує цілісність підтримки. Підкреслюється необхідність мультидисциплінарного підходу, який забезпечує сталу ефективність адаптаційних програм (Н. Сургунд) [463, с. 734].

Реадаптаційно-професійний блок включає можливості працевлаштування, професійну перекваліфікацію, участь в освітніх

програмах. Відновлення трудової діяльності та забезпечення конкурентоспроможності важкопоранених комбатантів на цивільному ринку праці є чинником соціальної адаптації, що висвітлюється у працях Д. Ліндермана [13, с. 85].

Динамічний компонент відображає поступовий характер адаптаційного процесу, передбачає систематичний моніторинг психоемоційного та соціального стану комбатанта, а також коригування рівня і форм підтримки відповідно до етапу його реінтеграції. Відповідно до моделі К. Холла, передбачається поетапне зниження інтенсивності психологічної та соціальної підтримки зі збереженням її доступності в критичні періоди адаптації. Такий підхід сприяє поступовому формуванню автономності важкопораненого комбатанта та його переходу від залежності від зовнішньої допомоги до самостійного регулювання власної життєдіяльності [457, с. 98].

Модель забезпечує цілісний системний підхід до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, інтегруючи індивідуальні, соціальні, інституційні та професійні чинники в єдину динамічну систему. Її положення можуть бути використані як теоретико-методологічна основа для прогнозування перебігу адаптаційного процесу, визначення потенційних зон ризику та розроблення індивідуалізованих програм психологічної, соціальної та реабілітаційної підтримки з урахуванням індивідуальних потреб і ресурсів кожного важкопораненого комбатанта.

Вихідною основою дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів є визначення ступеня їхньої тілесної та психологічної травматизації, а також особливостей соціального контексту повернення до мирного життя. Такий підхід дає змогу системно структурувати дослідження цієї проблематики, окреслити її ретроспективу та перспективу, а також визначити основні закономірності й тенденції сучасного наукового осмислення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Чинна парадигма дослідження відображає його концептуальні засади, визначає шляхи формування та систематизації знань про багатовимірний

характер тілесної і психологічної травматизації важкопоранених комбатантів, а отже, і спрямованість адаптаційних інтервенцій. Серед широкого спектра питань, пов'язаних із вивченням тілесної та психологічної травматизації, особливого значення набуває дослідження впливу травматичного досвіду на когнітивні, емоційні та соціальні функції особистості.

Враховуючи викладене вище, доцільним є моделювання та вивчення особливостей індивідуально-психофізіологічних ресурсів, які становлять основу адаптаційного потенціалу особистості. Обґрунтування їх значення зумовлене визначальною роллю цих ресурсів у формуванні стійкості до стресу, подоланні наслідків травматичного досвіду та забезпеченні соціальної інтеграції.

Водночас важливим напрямом дослідження є визначення ступеня тілесної та психологічної травматизації, оскільки вона має комплексний характер і охоплює як фізичні ушкодження, так і глибокі психологічні переживання та їхні соціальні наслідки. Українські вчені М. Іванова, О. Колесніченко, Л. Магдисюк, А. Терещук, О. Романчук, О. Хлівна та інші [100; 126; 258 та ін.] розробили комплексні підходи до оцінювання та класифікації ступеня травматизації, враховуючи психосоціальні детермінанти:

− соціальна підтримка (з боку родини, друзів, держави тощо), її наявність або відсутність, якість і стабільність;

− індивідуально-психологічна стійкість (готовність до адаптації, наявність ресурсів для подолання стресу, рівень резилієнтності);

− соціальний статус та умови життя (матеріальне становище, умови проживання, доступність медичних і психологічних послуг);

− психоемоційний стан (рівень тривожності, депресивних проявів, симптомів посттравматичного стресового розладу та інших наслідків психотравматизації);

− історія попередніх травматичних подій і психологічних розладів;

− цінності, соціальні норми та очікування, які впливають на сприйняття травматичного досвіду та характер реагування на нього;

− можливості для соціальної активності, професійної реінтеграції та участі в громадському житті;

– фізичні обмеження та їхній вплив на виконання соціальних ролей.

Оцінка травматизації включає фізичні аспекти ушкоджень, широкий спектр соціально-психологічних чинників, які впливають на процес адаптації та відновлення.

Зустрічаються й інші підходи, зокрема в іноземних дослідників: Е. Гуссерля, Б. Колка, З. Фрейда, К. Юнга, які акцентують увагу на феноменологічних і психоаналітичних аспектах переживання травми, її впливу на самоідентифікацію та структуру свідомості [356 та ін.]. Заслуговують на увагу методологічні засади Е. Гуссерля, спрямовані на глибокий аналіз суб'єктивного досвіду та осмислення особливостей переживання травматизації, що дає змогу розкрити сутність порушень цілісності самосприйняття. Вчений розмежовує логічну очевидність та емпіричну ймовірність, закладаючи підґрунтя для теоретично обґрунтованого дослідження психічних явищ, вільного від натуралістичних і психологістських редукцій. Він розглядає психічні переживання як інтенціональні акти свідомості, що уможливлює дослідження глибинних змін у структурі самосприйняття та способах переживання власного досвіду. Феноменологічний підхід Е. Гуссерля має важливе методологічне значення для розуміння суб'єктивного виміру травматичного досвіду важкопоранених комбатантів та може бути використаний як теоретичне підґрунтя для розроблення відповідних психотерапевтичних і реабілітаційних стратегій [144].

Наявна також досить помітна низка розробок, які так чи інакше стосуються проблематики індивідуальних психофізіологічних ресурсів, їх структури та динаміки в процесі адаптації. Вітчизняні вчені І. Ващенко, Б. Іваненко, О. Гончарук та О. Кокун наголошують на значенні когнітивної гнучкості й емоційної регуляції як факторів, що визначають здатність особистості ефективно мобілізувати внутрішні резерви для подолання

стресових станів, які сприяють збереженню психічної рівноваги та адаптації в умовах травматичного досвіду [50; 261].

Іноземні автори, серед яких А. Маслоу, В. Матені, Р. Мус, С. Хобфолл та ін. [398; 413], розглядають психофізіологічні ресурси як багаторівневу систему, у якій потреби, мотиваційні чинники та соціальні зв'язки утворюють взаємопов'язану функціональну мережу, що забезпечує стабільність психічного стану та ефективність адаптації. У зв'язку з цим доцільно розмежувати основні ресурсні компоненти: фізичне здоров'я, психічну стійкість, мотивацію до саморозвитку та соціальну підтримку. Таке розмежування дає змогу глибше дослідити внесок кожного компонента у підтримання психічної стабільності та успішність соціально-психологічної адаптації, а також цілеспрямовано розробляти інтервенції, спрямовані на зміцнення відповідних ресурсів. Це, натомість, підвищує ефективність психосоціальної підтримки важкопоранених комбатантів у процесі їхнього відновлення та повернення до мирного життя.

Варто зазначити, що ступінь травматизації впливає на здатність особистості формувати та підтримувати адаптивні стратегії, що має важливе значення для розроблення індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації. Відтак вирішення проблеми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів потребує диференціації наслідків травматичного впливу та визначення способів мобілізації й актуалізації індивідуальних ресурсів особистості.

Осмислення викладеного вище дає змогу дійти висновку, що екстраполяція універсальних принципів соціально-психологічної адаптації до специфіки комбатантів має ґрунтуватися на системному міждисциплінарному підході, який інтегрує медичні, психологічні, соціальні та культурні чинники з урахуванням ступеня травматизації та ресурсного потенціалу особистості.

З огляду на окреслені особливості, адаптація універсальних принципів передбачає модифікацію базових механізмів відновлення відповідно до специфічних потреб важкопоранених комбатантів (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Систематизація принципів екстраполяції універсальних механізмів соціально-психологічної адаптації до потреб важкопоранених комбатантів

Принцип	Сутність підходу	Основні аспекти реалізації	Очікувані результати
Індивідуалізація психотерапевтичних та реабілітаційних програм	Побудова інтервенцій з урахуванням особистісних характеристик, ступеня фізичних обмежень, когнітивно-емоційного стану та особливостей травматичного досвіду	1. Психодіагностика травматизації (фізичної та психологічної). 2. Визначення когнітивних та емоційних ресурсів. 3. Розробка індивідуального плану підтримки	1. Підвищення ефективності психотерапії та реабілітації. 2. Зменшення ризику повторної травматизації. 3. Оптимізація темпів відновлення
Інтеграція мультидисциплінарного підходу	Поєднання психологічної, медичної, соціальної та фізичної допомоги	1. Психологічна підтримка та психоосвіта. 2. Нейропсихологічна реабілітація. 3. Фізична терапія та відновлювальні практики. 4. Соціальна реадаптація та правова допомога	1. Комплексне відновлення фізичного, психічного і соціального функціонування. 2. Зменшення розриву між медичною та соціальною допомогою
Акцент на соціальну підтримку та ресоціалізацію	Формування стійкого соціального оточення та залучення до суспільного життя	1. Розвиток волонтерських ініціатив. 2. Участь у групах взаємодопомоги. 3. Професійна орієнтація і працевлаштування. 4. Партнерство з громадськими організаціями	1. Відновлення соціальних ролей. 2. Зменшення соціальної ізоляції. 3. Підвищення рівня самооцінки та життєвої мотивації

Продовження табл. 2.2

Принцип	**Сутність підходу**	**Основні аспекти реалізації**	**Очікувані результати**
Поступове масштабування підтримки	Динамічна адаптація обсягів та форм допомоги залежно від стану комбатанта	1. Регулярний моніторинг психологічного стану. 2. Гнучка корекція інтервенцій. 3. Використання цифрових технологій для відстеження динаміки	1. Своєчасне реагування на зміни стану. 2. Підвищення ефективності підтримки. 3. Зменшення ризику хронізації ПТСР
Урахування культурно-етичних елементів	Використання національних і культурних ресурсів для зміцнення життєстійкості	1. Врахування національних традицій у терапевтичних практиках. 2. Залучення сімейних та релігійних цінностей. 3. Підтримка особистісних переконань і сенсів	1. Формування відчуття смислу життя. 2. Зростання стійкості до стресу. 3. Поглиблення ідентичності та почуття належності

Екстраполяція універсальних принципів адаптації на важкопоранених комбатантів передбачає гнучке коригування підходів із врахуванням багаторівневої природи травми, унікальності соціального контексту й індивідуальних ресурсів, створює підґрунтя для формування комплексних програм підтримки, що здатні мінімізувати негативні наслідки травми, сприяти посттравматичному зростанню та активній соціальній інтеграції.

Отже, соціально-психологічна адаптація ВК є складним багатокомпонентним процесом, що вимагає міждисциплінарного підходу, який інтегрує психологічні, соціальні, нейропсихологічні та реабілітаційні методи. Аналіз психічних, когнітивних, емоційних особливостей та

соціального контексту повернення до мирного життя дає змогу сформувати комплексні моделі підтримки з урахуванням індивідуальних, культурних та гендерних факторів.

У межах проведеного аналізу та дослідження було адаптовано теоретичні конструкції до специфіки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, що дає змогу глибше розкрити механізми їхньої адаптації та сформувати підґрунтя для розроблення ефективних реабілітаційних стратегій. На цій основі розроблено моделі дослідження динаміки психічних процесів, адаптивної комунікації, психосоціальної реабілітації, багаторівневої травматизації та переживання травматичного досвіду важкопораненими комбатантами.

Відновлення психоемоційної стабільності, розвиток когнітивно-емоційної реабілітації, сенсорної інтеграції та адаптивної комунікації сприяють успішній соціальній реінтеграції. На основі аналізу вищеописаних наукових напрацювань українських та іноземних вчених було виділено системний підхід, що поєднує медичні, психологічні та соціальні компоненти, є ключовим для мінімізації наслідків травми і стимулювання посттравматичного зростання, забезпечення повноцінної інтеграції важкопоранених комбатантів у суспільство.

2.2. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження

Дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів проводилося упродовж 2020–2026 рр. в умовах державних і недержавних медичних, реабілітаційних та соціально-психологічних установ України.

Термін «респонденти» використовується для позначення всіх учасників емпіричного дослідження. Основну групу респондентів становили важкопоранені комбатанти – військовослужбовці Сил оборони України, які

брали безпосередню участь у бойових діях, отримали тяжкі бойові поранення та перебували на різних етапах лікування, медичної, психологічної або соціальної реабілітації, зокрема проходили лікування у військових госпіталях та госпіталях ветеранів війни. До окремих етапів дослідження залучалися члени сімей комбатантів, психологи та фахівці соціальної сфери.

Сумарна вибірка дослідження включала ВК, членів їхніх сімей, психологів і фахівців соціальної сфери, залучених до процесу реабілітації та соціально-психологічного супроводу.

У констатувальному експерименті взяли участь 76,9 % загальної вибірки, серед яких 76,2 % становили важкопоранені комбатанти та 23,8 % – члени сімей, психологи й соціальні працівники, які залучалися до експертного оцінювання окремих аспектів соціально-психологічної адаптації.

У формувальному експерименті взяли участь 23,1 % загальної вибірки, з яких 84,9 % становили важкопоранені комбатанти – безпосередні учасники програми СПА, а 15,1 % – члени сімей і психологи, залучені до реалізації окремих заходів програми та оцінювання її ефективності.

Загалом важкопоранені комбатанти становили 78,2 % сумарної вибірки дослідження, що забезпечило можливість комплексного вивчення особливостей їхньої соціально-психологічної адаптації на різних етапах реабілітації та соціальної реінтеграції.

До участі у дослідженні залучалися особи, які відповідали таким критеріям відбору:

- безпосередня участь у бойових діях;
- отримання складних тілесних ушкоджень;
- проходження медико-соціальної експертної оцінки;
- наявність статусу УБД або особи з інвалідністю внаслідок війни.

Респонденти були чоловіками та жінками віком від 27 до 54 років, громадянами України. На момент проведення дослідження переважна більшість учасників перебувала у шлюбі або партнерських стосунках; частина респондентів була розлучена або не перебувала у стосунках. Більше половини

учасників мали дітей, інші дітей не мали. Освітній рівень респондентів варіювався від повної загальної середньої до вищої освіти. Загальну характеристику вибірки представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристики вибірки

Група вибірки	**Характеристика вибірки**	**% від загальної кількості**
Стать	Чоловік	78 %
	Жінка	22 %
Сімейний стан	У шлюбі або у партнерських стосунках	63 %
	Розлучені або не мають стосунків	37 %
Наявність дітей	Виховують дітей	65 %
	Не мають дітей	35 %
Освітній рівень	Повна загальна середня освіта	18 %
	Професійно-технічна освіта	27 %
	Незакінчена вища освіта	15 %
	Вища освіта	40 %
Час від поранення на момент участі	До 6 місяців	31 %
	6–12 місяців	34 %
	Понад 12 місяців	35 %

На першому, підготовчому етапі, було уточнено проблемне поле дослідження, сформульовано мету, завдання та робочі гіпотези, визначено теоретико-методологічні засади вивчення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Здійснено аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, розроблено програму емпіричного дослідження, підібрано комплекс психодіагностичних методик відповідно до поставлених завдань, підготовлено необхідний діагностичний інструментарій та забезпечено дотримання етичних вимог проведення дослідження.

На другому, психодіагностичному етапі, проведено комплексне емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації ВК. Вивчалися показники СПА, задоволеності життям, суб’єктивного благополуччя, життєстійкості, депресивності, тривожності, психічних станів, професійної спрямованості, соціальної підтримки, сімейної адаптації, сімейної

згуртованості та особливостей сімейної взаємодії. Здійснювався аналіз особливостей адаптації на різних етапах після поранення залежно від тривалості реабілітаційного періоду.

На третьому, аналітико-інтерпретаційному етапі, здійснено статистичну обробку одержаних результатів із використанням методів описової статистики, кореляційного, факторного, дисперсійного та порівняльного аналізу. Визначено рівень СПА важкопоранених комбатантів, встановлено взаємозв'язки між адаптацією, життєстійкістю, суб'єктивним благополуччям, психологічним станом, соціальною підтримкою та сімейним функціонуванням. На основі одержаних результатів розроблено й апробовано програму соціально-психологічної адаптації ВК та здійснено оцінку її ефективності.

В основу дослідження покладено комплексне соціально-психологічне вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів, виконане в умовах їх перебування на різних етапах медичної, психологічної та соціальної реабілітації, аналіз доступних літературних джерел із проблематики дослідження. Дослідження передбачало три взаємопов'язані виміри:

− перший – у період гострої післятравматичної фази (перші 6 місяців після отримання поранення);

− другий – у фазі відносної стабілізації стану (6–12 місяців після поранення);

− третій – на етапі інтеграції у цивільне життя після завершення основного курсу лікування та реабілітації (понад 12 місяців).

Багатоперіодна структура дослідження дала змогу відстежити динаміку адаптаційних процесів та особливості впливу різних факторів на різних етапах повернення до мирного життя. Для вирішення поставлених завдань було підібрано комплекс відповідних методик (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Програма дослідження

Етапи	Завдання	Методики
1.	Зібрати вихідні дані про респондентів	1. Анкетування щодо соціально-демографічних, бойових, післябойових та адаптаційних характеристик респондентів (Додаток А). 2. Напівструктуроване інтерв'ю щодо досвіду соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя (Додаток Б)
2.	Визначити рівень соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів	1. Методика вивчення соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс – Р. Даймонд) (Додаток В) [178]. 2. Шкала задоволеності життям (Додаток Г) [288]. 3. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (Додаток Д) [176]. 4. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) (Додаток Е) [287]
3.	Виявити об'єктивні та суб'єктивні чинники адаптації	1. Опитувальник депресії Бека (Додаток Ж) [341]. 2. Шкала тривожності Бека (Додаток З) [342]. 3. Методика Дж. Голланда для визначення професійного типу особистості (Додаток К) [304]. 4. Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) (Додаток Л) [177]
4.	Оцінити роль соціальної підтримки та сімейного функціонування в адаптаційному процесі	1. Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (Додаток М) [175]. 2. Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Д. Олсон) (Додаток Н) [460]. 3. Методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів» (Додаток О)
5.	Визначити структуру соціально-психологічної адаптації та взаємозв'язки між її основними компонентами	Описова статистика, кореляційний аналіз Пірсона, факторний аналіз

Продовження табл. 3.2

Етапи	Завдання	Методики
6.	Дослідити особливості соціально-психологічної адаптації на різних етапах після поранення та оцінити ефективність програми адаптації	Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок

Було висунуто робочі гіпотези:

1. Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є складним багатокомпонентним утворенням, структура якого визначається взаємодією особистісних, психоемоційних та соціально-сімейних чинників.

2. Вищий рівень життєстійкості, суб'єктивного благополуччя, задоволеності життям, самоприйняття та СП позитивно пов'язаний із рівнем соціально-психологічної адаптації ВК.

3. Підвищені показники депресивності, тривожності, емоційного дискомфорту, фрустрації та ригідності негативно впливають на процес СПА.

4. Соціальна підтримка, сімейна згуртованість, сімейна адаптація та конструктивна сімейна взаємодія виступають провідними ресурсами успішного психологічного відновлення та адаптації до мирного життя.

5. Існують статистично значущі відмінності у показниках соціально-психологічної адаптації залежно від часу, що минув після поранення, та особливостей сімейного функціонування.

6. Реалізація комплексної програми соціально-психологічного супроводу сприятиме підвищенню рівня СПА, життєстійкості, суб'єктивного благополуччя та зниженню проявів психоемоційної дезадаптації у важкопоранених комбатантів.

Поетапне вивчення характеристик адаптації оцінювалося за результатами застосування таких блоків методик:

1. Рівень соціально-психологічної адаптації:

− Методика вивчення соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс – Р. Даймонд).

− Шкала задоволеності життям.

− Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі.

− Шкала життєстійкості Коннора – Девідсона (CD-RISC-10).

2. Психологічний стан:

− Опитувальник депресії Бека.

− Шкала тривожності Бека.

− Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк).

3. Мотиваційна та професійна сфера:

− Методика Дж. Голланда для визначення професійного типу особистості.

4. Соціальна підтримка:

− Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки.

− Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Д. Олсон).

− Методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів».

Комплексне використання кількісних і якісних методів дало змогу виявити статистично значущі зв’язки між адаптаційними показниками, описати специфічні труднощі та ресурси, характерні для різних етапів повернення до мирного життя.

Анкета та напівструктуроване інтерв’ю призначалися для виокремлення та уточнення суб’єктивних уявлень респондентів про умови життя, бойовий та післябойовий досвід, чинники, що впливають на їх процес соціально-психологічної адаптації.

Анкетування представляє собою процедуру письмового опитування з використанням заздалегідь підготовлених запитань, які учасники заповнюють самостійно, без сторонньої допомоги. До переваг цього методу належить оперативне отримання інформації, можливість організації масових обстежень,

невисока трудомісткість підготовки та проведення, відсутність впливу сторонніх осіб на відповіді респондентів.

Анкета складається з 20 запитань, серед яких є закриті та відкриті. Закриті питання містять перелік відповідей, з якого респондент обирає один або кілька варіантів відповідно до інструкції. Відкриті питання передбачають вільне формулювання відповіді респондентом. Питання анкети об'єднані у блоки:

I. Соціально-демографічні характеристики: вік (№ 1), стать (№ 2), сімейний стан (№ 3), наявність дітей (№ 4), освіта (№ 5).

II. Бойовий досвід: рік початку участі (№ 6), тривалість (№ 7), безпосередня участь на фронті (№ 8), отримані поранення (№ 9), характер поранень (№ 10).

III. Післябойовий досвід та реабілітація: стаціонарне лікування (№ 11), участь у програмах медичної та психологічної реабілітації (№ 12), працевлаштування (№ 13, № 14), джерела доходу (№ 15).

IV. Адаптаційні характеристики: рівень адаптації до мирного життя (№ 16), труднощі адаптації (№ 17), наявність соціальної підтримки (№ 18), необхідні ресурси (№ 19), оцінка якості життя (№ 20).

Відповіді на запитання анкети піддавалися кількісній та якісній обробці.

Напівструктуроване інтерв'ю проводилося у формі розмови, де дослідник мав змогу імпровізувати зі змістом, порядком та формулюванням запитань для максимально ефективного збору інформації. Перевагами методу є гнучкість діалогу, врахування індивідуально-психологічних особливостей респондентів, природність умов проведення опитування та можливість розкриття власних переконань учасників.

У дослідженні інтерв'ю спрямовувалося на уточнення та доповнення результатів анкетування і охоплювало такі аспекти:

− характер бойового та післябойового досвіду, отримані поранення, перші емоції після поранення;

− труднощі адаптації до цивільного життя, прояви тривожності, депресії, стресу;

− наявність та роль соціальної підтримки (родина, побратими, державні та волонтерські служби);

− внутрішні ресурси та стратегії, що сприяють адаптації (мотивація, віра, навички, життєвий досвід);

− плани на майбутнє, професійні та особистісні цілі.

Після проведення інтерв'ю відбувалося кодування тексту, з якого виокремлювалися повторювані категорії та теми, що дозволяло визначити рівень соціально-психологічної адаптації респондентів та проаналізувати специфіку адаптаційних процесів.

Для визначення рівня соціально-психологічної адаптації (СПА) важкопоранених комбатантів було застосовано методику дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, призначену для оцінювання індивідуально-психологічних особливостей особистості та рівня її адаптації до соціального середовища. Методика передбачає самооцінювання респондентами власних поведінкових, емоційних і когнітивних характеристик шляхом оцінювання запропонованих тверджень за 7-бальною шкалою. Кожне твердження відображає окремі аспекти адаптивності та дезадаптивності, прийняття себе та інших, емоційного стану, внутрішнього контролю, домінування або підлеглості, а також схильності до ескапізму.

Анкета містить 101 твердження, за кожним із яких респондент визначає ступінь його відповідності власному досвіду за 7-бальною шкалою – від «зовсім не відповідає» до «повністю про мене». Після заповнення анкети здійснюється підрахунок балів за відповідними показниками, що дає змогу оцінити рівень соціально-психологічної адаптації, емоційного комфорту, внутрішнього та зовнішнього контролю, прийняття себе й інших, а також виявити прояви дезадаптації.

Обробка результатів здійснюється за допомогою ключа, де кожне висловлювання співвідноситься з певним показником і має нормативне значення. Показники нижче норми свідчать про недостатню сформованість відповідної якості, а перевищення норми – про надмірний розвиток або

можливі неадаптивні прояви. Методика дозволяє отримати комплексну характеристику соціально-психологічної адаптації особистості та виявити зони, що потребують корекції або підтримки.

Методика «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS; Diener et al.) призначена для оцінювання загального рівня задоволеності життям як когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя. Вона дає змогу визначити, наскільки людина сприймає власне життя як позитивне, сприятливе та таке, що відповідає її особистим очікуванням і життєвим орієнтирам.

Методика містить 5 тверджень, що стосуються загальної оцінки респондентом власного життя. Кожне твердження оцінюється за 7-бальною шкалою – від 1 («цілковито не згоден/на») до 7 («цілковито згоден/на»), що дає змогу визначити загальний рівень задоволеності життям. Респондент обирає один варіант відповіді на кожне твердження відповідно до власного життєвого досвіду та загального сприйняття свого життя.

Після заповнення анкети підраховується сума балів за всі 5 тверджень. Інтерпретація результатів дозволяє визначити рівень задоволеності життям: від «вкрай низького» до «дуже високого». Методика є простою у застосуванні, не вимагає складної обробки даних і дозволяє швидко отримати узагальнену характеристику емоційного та когнітивного благополуччя респондента.

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale, BBC-SWB) призначена для комплексної оцінки суб'єктивного благополуччя людини, включно з психологічним, фізичним та соціальним компонентами. Вона дозволяє визначити, наскільки респондент задоволений своїм життям, станом здоров'я, соціальними стосунками та можливістю реалізовувати власні потреби й цілі.

Анкета містить 24 твердження, на які учасник відповідає за 5-бальною шкалою: від 1 («зовсім ні») до 5 («надзвичайно сильно»). Пункт, що стосується депресивного чи тривожного стану, оцінюється за зворотною шкалою.

Для обробки результатів виділяють три субшкали:

1. Психологічне благополуччя (пункти 4–15) оцінює емоційний стан, почуття щастя, оптимізму, сенсу життя, особистісний розвиток.

2. Фізичне здоров'я та благополуччя (пункти 1–3, 21–24) оцінює задоволеність фізичним станом, сном, здатністю виконувати щоденні справи та фінансове забезпечення.

3. Соціальні стосунки (пункти 16–20) оцінює задоволеність сімейними та особистими взаєминами, дружбою, комфортом у спілкуванні.

Загальний рівень суб'єктивного благополуччя розраховується як сума балів усіх пунктів анкети. Інтерпретація результатів дозволяє визначити низький, середній або високий рівень суб'єктивного благополуччя як у кожній субшкалі окремо, так і загалом. Методика є ефективним інструментом для психологічної діагностики та досліджень, що стосуються якості життя та емоційного благополуччя.

Методика «Шкала життєстійкості Коннора – Девідсона» (CD-RISC-10) призначена для оцінки рівня життєстійкості особистості – здатності ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до змін та зберігати внутрішню рівновагу під час труднощів. Методика допомагає визначити, наскільки респондент володіє психологічними ресурсами для подолання життєвих викликів, ступінь його здатності до саморегуляції та стресостійкості.

Опитувальник містить 10 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою:

0 – зовсім не так;

1 – рідко так;

2 – іноді так;

3 – часто так;

4 – майже завжди так.

Респонденти оцінюють своє ставлення та поведінку протягом останнього місяця. У разі відсутності відповідного досвіду, вони можуть уявити, як би діяли у подібній ситуації.

Сума балів усіх 10 пунктів коливається від 0 до 40. Інтерпретація результатів дозволяє визначити рівень життєстійкості:

0–13 балів – низький рівень життєстійкості (труднощі з подоланням стресу, схильність до емоційної дестабілізації, потреба в психологічній підтримці);

14–26 балів – середній рівень (помірна здатність справлятися зі стресом, можливі труднощі у тривалих кризових ситуаціях, рекомендується розвиток навичок саморегуляції);

27–34 балів – достатньо високий рівень (ефективне подолання труднощів, збереження спокою та ресурсів у стресових ситуаціях);

35–40 балів – високий рівень (висока адаптивність, швидке відновлення після стресу, впевненість у діях, психологічна зрілість).

Методика є ефективним інструментом для психологічної діагностики, наукових досліджень та практичної оцінки внутрішніх ресурсів особистості.

Для виявлення психологічних чинників, пов’язаних із соціально-психологічною адаптацією важкопоранених комбатантів, було застосовано опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) – стандартизований психодіагностичний інструмент для оцінювання вираженості депресивної симптоматики у дорослих. Методика дає змогу визначити інтенсивність депресивних проявів, охоплюючи емоційні, когнітивні, соматичні та поведінкові компоненти.

Опитувальник містить 21 групу тверджень, що охоплюють різні аспекти депресивного стану, зокрема настрій, песимістичне бачення майбутнього, почуття провини та невдачі, втрату задоволення від звичайної діяльності, працездатність, сон, апетит, а також фізичний і сексуальний стан. Кожна група містить чотири варіанти відповідей, які оцінюються від 0 до 3 балів залежно від вираженості відповідного симптому. Респондент обирає один варіант відповіді, який найбільш точно відображає його стан протягом останніх двох тижнів, включно з днем проведення опитування.

Суму балів усіх пунктів використовують для визначення рівня депресії:

0–9 балів – норма або мінімальний рівень депресії, ознак депресивного стану немає або вони незначні;

10–15 балів – легка (субклінічна) депресія, з’являються окремі симптоми емоційного виснаження або пригніченості;

16–19 балів – помірний рівень депресії, симптоми помітні, можуть впливати на повсякденне життя;

20–29 балів – виражена депресія середньої тяжкості, значний вплив на функціонування, необхідна психотерапевтична підтримка, а іноді медикаментозне лікування.

30–63 бали – тяжка депресія, високий ризик емоційного виснаження, байдужості, суїцидальних думок; потребує негайної професійної допомоги.

Опитувальник є ефективним інструментом для самодіагностики та попередньої оцінки депресивного стану, проте не замінює консультацію фахівця. Одержані результати допомагають визначити необхідність психологічної або психіатричної підтримки, а також можуть слугувати основою для планування втручання чи терапевтичних заходів.

Шкала тривожності Бека є психометричним інструментом, призначеним для оцінки рівня тривожності. Методика передбачає самооцінку індивідуальних переживань і фізичних симптомів, що супроводжують тривожний стан протягом останнього місяця, включаючи поточний день. Респонденту пропонується перелік із 21 поширеного симптому, серед яких фізичні прояви (тремтіння, прискорене серцебиття, утруднене дихання, припливи жару, відчуття слабкості, запаморочення, неприємні відчуття у шлунково-кишковому тракті) та психоемоційні прояви (постійний страх, напади паніки, нервозність, страх втратити контроль або померти). Для кожного симптому необхідно оцінити ступінь його прояву за чотирибальною шкалою:

0 балів – зовсім не турбував;

1 бал – турбував незначно;

2 бали – турбував помірно, іноді викликав дискомфорт;

3 бали – турбував сильно або постійно.

Після заповнення опитувальника підраховують загальну суму балів, що дозволяє визначити рівень тривожності:

- відсутність або норма тривоги (0–5 балів);
- легкий рівень (6–8 балів);
- середній рівень (9–18 балів);
- високий рівень тривожності (19 балів і більше).

Результати методики допомагають виявити ступінь емоційного напруження, оцінити вплив тривоги на повсякденне функціонування та за необхідності обґрунтувати звернення за професійною психологічною або психотерапевтичною допомогою. Шкала тривожності Бека є простим, швидким й ефективним інструментом для первинної оцінки психоемоційного стану, моніторингу змін тривожності та планування інтервенцій щодо її корекції.

Методика Дж. Голланда для визначення професійного типу особистості є інструментом, який дозволяє оцінити схильності та переваги людини щодо професійної діяльності. В її основі лежить ідея шести базових типів особистості: Реалістичний (Р), Інтелектуальний (І), Соціальний (С), Конвенційний (К), Підприємливий (П) та Артистичний (А). Передбачає вибір професій з представлених пар, де респондент обирає ту професію, яка здається йому більш привабливою або цікавою, позначаючи її знаком «+». У разі труднощів із вибором можна залишити пару без позначки, але наступні вибори повинні компенсувати цю пропущену відповідь, щоб загальна кількість відміток склала 42.

Після заповнення бланку відповіді позначки переносилися в спеціальну таблицю, де кожна професія відносилась до одного з шести типів особистості. Кількість «+» у кожному стовпчику відображає відповідність респондента певному професійному типу. Для точнішої інтерпретації підраховану кількість балів переводять у стандартні бали за допомогою нормо-таблиці. Потім

обирають три найвищі показники, які формують комбінацію професійного типу особистості, розташовану у порядку спадання.

Методика Дж. Голланда допомагає визначити спрямованість та професійні інтереси людини, дає змогу зіставити їх із типовими професіями для кожного з шести типів:

1. Реалістичний тип характеризується практичністю та орієнтацією на технічну діяльність і ручну працю.

2. Інтелектуальний – схильністю до аналізу, досліджень і теоретичної діяльності.

3. Соціальний – комунікабельністю, орієнтацією на допомогу та навчання інших.

4. Конвенційний – цінуванням порядку, стабільності та роботи з документами.

5. Підприємливий – характеризується активністю, лідерськими здібностями та прагненням до впливу.

6. Артистичний – творчістю, незалежністю та пошуком самовираження через мистецтво.

Є ефективним інструментом для професійного самовизначення, кар’єрного консультування та планування професійного розвитку.

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка є психометричним інструментом, призначеним для оцінки основних психічних характеристик особистості, що відображають її внутрішній емоційний стан і поведінкові тенденції. Передбачає самооцінку респондентом свого стану за 40 твердженнями, що охоплюють різні аспекти психоемоційного функціонування, включаючи тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність.

Для кожного твердження учасник обирає одну з трьох відповідей: 2 бали – твердження цілком відповідає його стану, 1 бал – частково відповідає, 0 балів – зовсім не відповідає.

Таким чином, методика дозволяє оцінити інтенсивність внутрішніх переживань, реакцію на життєві труднощі, схильність до імпульсивної поведінки та рівень психічної гнучкості.

Обробка результатів передбачає підрахунок сум балів у чотирьох групах: тривожність (питання 1–10), фрустрація (11–20), агресивність (21–30) та ригідність (31–40). Кожна група має власні діапазони оцінок, що дозволяють визначити рівень прояву відповідної психічної характеристики, наприклад, низький, середній або високий.

Методика Г. Айзенка ефективна для діагностики особистісних схильностей, оцінки емоційного стану та виявлення потенційних психологічних ризиків. Може бути використана для психологічного консультування, саморозвитку та корекційної роботи.

Для оцінювання ролі СП в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів було застосовано Багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), призначену для оцінювання суб’єктивного сприйняття доступності та достатності соціальної підтримки з трьох основних джерел: сім’ї, друзів і близької людини. Опитувальник містить 12 тверджень, об’єднаних у три субшкали по 4 пункти: «Сім’я» (пункти 3, 4, 8, 11), «Друзі» (пункти 6, 7, 9, 12) та «Близька людина» (пункти 1, 2, 5, 10). Респондент оцінює кожне твердження за 7-бальною шкалою – від 0 («абсолютно не згоден/на») до 6 («повністю згоден/на»). Заповнення опитувальника зазвичай займає близько 3–5 хвилин і здійснюється у форматі самозаповнення (усно); за необхідності можливе проведення опитування за участю дослідника.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом визначення середнього арифметичного: загальний показник обчислюється як сума балів усіх тверджень, поділена на 12, а кожна субшкала – як сума відповідних чотирьох пунктів, поділена на 4. Чим вищий бал, тим сильніше респондент відчуває соціальну підтримку. Інтерпретація здійснюється за рівнями: 5.1–6.0 балів – високий рівень підтримки, 3.0–5.0 – середній, менше 3.0 – низький. Субшкали

дозволяють виявити особливості сприйняття підтримки: сімейної, дружньої та від близької особи.

Методика має підтверджену трифакторну структуру та високу внутрішню узгодженість у різних вибірках. Її перевагами є простота у використанні та можливість виявлення профілю підтримки з різних джерел. Обмеженням є те, що шкала оцінює сприйняття, а не об'єктивний рівень підтримки, тому результати можуть змінюватися залежно від емоційного стану та контексту.

Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (тест Д. Олсона) використовується для дослідження особливостей функціонування сім'ї за двома основними параметрами: рівень згуртованості та рівень адаптації. Методика дозволяє визначити, наскільки члени родини відчувають емоційну близькість, єдність, здатність сім'ї гнучко реагувати на зміни та розподіляти ролі.

Складається з 20 тверджень, кожне з яких респондент оцінює двічі: у контексті реальної ситуації («моя сім'я зараз») та в контексті бажаного, ідеального уявлення про сім'ю. Відповіді надаються за п'ятибальною шкалою: від 1 («майже ніколи») до 5 («майже завжди»). Рівень сімейної згуртованості визначається сумою балів за непарними твердженнями (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Він показує ступінь емоційного зв'язку між членами родини. Виділяють такі типи згуртованості: роз'єднаний (10–34 бали), розділений (35–40 балів), зв'язаний (41–45 балів) та зчеплений (46–50 балів). Рівень сімейної адаптації визначається сумою балів за парними твердженнями (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). Показник відображає здатність сім'ї змінювати правила, ролі та поведінкові патерни залежно від обставин. Вирізняють такі типи: ригідний (10–19 балів), структурований (20–24 бали), гнучкий (25–28 балів) та хаотичний (29–50 балів).

Компонентом інтерпретації є аналіз розбіжності між реальним та ідеальним образом сім'ї. Чим меншою є ця різниця за показниками згуртованості й адаптації, тим вищим є рівень задоволеності сімейним життям.

Значна розбіжність свідчить про наявність труднощів у сприйнятті сімейних відносин і потребу у змінах.

Методика є надійним інструментом для діагностики у наукових і практичних цілях, оскільки дозволяє отримати комплексне уявлення про баланс стабільності й гнучкості в родині, визначити напрями можливих змін для підвищення гармонійності сімейних відносин.

Для поглибленого вивчення ролі родини в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів була розроблена методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів». Необхідність розроблення опитувальника зумовлена тим, що наявні психодіагностичні інструменти дозволяють оцінити окремі аспекти сімейного функціонування та соціальної підтримки, проте не враховують специфіку сімейних взаємин, яка формується внаслідок бойового досвіду, важкого поранення та подальшого повернення комбатанта до мирного життя.

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки спрямована на визначення суб'єктивного відчуття підтримки з боку сім'ї, друзів та близької людини, однак не дає змоги оцінити особливості взаємодії членів родини в умовах адаптації до наслідків поранення. Шкала сімейної адаптації та згуртованості Д. Олсона дозволяє визначити рівень сімейної згуртованості та адаптивності, проте не відображає специфічних труднощів і ресурсів, які виникають після повернення важкопораненого комбатанта до родини. Тому виникла потреба у створенні спеціалізованого інструменту, здатного комплексно оцінити особливості сімейної взаємодії в умовах СПА до мирного життя.

Зміст методики сформовано на основі результатів анкетування та напівструктурованих інтерв'ю, проведених у межах нашого дослідження. Складається з 30 тверджень, серед яких 18 є прямими та 12 – зворотними. Прямі твердження відображають позитивні елементи сімейної взаємодії:

− емоційну підтримку;

- довіру;
- прийняття;
- залученість родини до процесу відновлення;
- готовність до спільного подолання труднощів.

Зворотні твердження спрямовані на виявлення емоційної дистанції, конфліктності, недостатності підтримки, відчуження та труднощів у взаєморозумінні між комбатантом і членами його родини.

Респондент оцінює твердження за п’ятибальною шкалою: від 1 бала («повністю не згоден») до 5 балів («повністю згоден»). Для прямих тверджень бали враховуються без змін, а для зворотних застосовується процедура реверсії. Після цього підраховується загальна сума балів за твердженнями. Мінімально можливий результат становить 30 балів, максимально– 150 балів.

Інтерпретація результатів здійснюється за п’ятьма рівнями сімейної взаємодії. Показник у межах 30–59 балів свідчить про критично низький рівень сімейної взаємодії, 60–89 балів – про низький рівень, 90–119 балів – про середній рівень, 120–135 балів – про високий рівень, 136–150 балів – про дуже високий рівень сімейної взаємодії. Високі показники характеризують родину як ресурс соціально-психологічної адаптації, а низькі свідчать про наявність труднощів у сімейному функціонуванні та недостатню підтримку комбатанта в процесі його відновлення.

Для додаткового аналізу результатів розраховується коефіцієнт сімейної адаптаційної підтримки, який дозволяє перевести одержані результати у відсотковий формат та оцінити адаптаційний потенціал сімейного середовища. Значення до 39 % відповідає критично низькому рівню сімейної адаптаційної підтримки, 40–59 % – низькому, 60–79 % – середньому, 80–89 % – високому, а 90–100 % – дуже високому рівню. Зростання показника коефіцієнта відображає підвищення адаптаційного потенціалу сімейного середовища та його значущості як ресурсу соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Практична цінність методики полягає у можливості своєчасного виявлення проблемних елементів сімейної взаємодії, визначення потреб у психологічному супроводі комбатанта та його близьких. Одержані результати можуть бути використані у діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, фахівців реабілітаційних центрів та дослідників, які займаються проблемами адаптації ветеранів війни.

Методика є доцільним доповненням до наявного психодіагностичного інструментарію та дає змогу дослідити специфічні аспекти сімейної взаємодії, характерні для ВК.

Отже, у ході емпіричного дослідження було визначено та використано комплексний інструментарій, який забезпечив всебічну оцінку СПА важкопоранених комбатантів. До його складу увійшли стандартизовані опитувальники, психодіагностичні шкали та методики, спрямовані на виявлення рівня психологічного стану, життєстійкості, мотиваційної спрямованості та соціальної підтримки респондентів. Організація передбачала чітку структуру проведення: визначення вибірки, підготовка інструментів, інструктаж респондентів, збір даних та їх обробка. Емпіричне дослідження проводилось у декілька етапів, що дозволило відстежити динаміку адаптаційних процесів і врахувати індивідуальні особливості кожного учасника. Хід дослідження показав ефективність використаного комплексу методів для отримання об’єктивної та надійної інформації про рівень соціально-психологічної адаптації комбатантів. Підхід забезпечив систематизацію даних, їх аналітичне узагальнення та виділення ключових чинників, що впливають на адаптаційні процеси, а також створив основу для подальшого практичного застосування результатів у психологічній підтримці та реабілітації.

Висновки до розділу

У розділі здійснено концептуалізацію проблеми дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та описано дизайн дослідження.

Констатовано, що психологічна травма порушує адаптаційні можливості особистості та потребує комплексного психологічного супроводу. Проаналізовано модель відновлення після травми (Дж. Герман), що передбачає послідовне проходження етапів стабілізації та безпеки, опрацювання травматичного досвіду й інтеграції нового життєвого досвіду. Зазначений підхід адаптовано до специфіки життєвих обставин важкопоранених комбатантів. Наголошено на евристичному потенціалі трансактного аналізу (Е. Берн) для пояснення механізмів соціальної адаптації та на важливості розвитку конструктивних комунікативних стратегій, активізації позиції «Дорослого» і подолання деструктивних життєвих сценаріїв у процесі повернення до мирного життя.

Визначено значення емоційного інтелекту як провідного психологічного ресурсу адаптації. На основі концепції Д. Ґоулмана підкреслено роль самосвідомості, емоційної саморегуляції, мотивації, емпатії та соціальних навичок у забезпеченні психологічної стійкості й ефективного подолання наслідків травматичного досвіду.

Обґрунтовано роль соціальної активності у процесі адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Відповідно до концепції соціальної дії волонтерську діяльність, громадську активність та участь у соціальних ініціативах розглянуто як важливі механізми відновлення соціальної суб’єктності, розвитку посттравматичного зростання та повернення до активної життєвої позиції. Установлено, що ключове значення для розуміння наслідків бойової травми мають сучасні теорії психотравми. Особливу увагу приділено теорії збереження ресурсів С. Хобфолла, когнітивно-поведінковій моделі ПТСР Е. Фоа та дослідженням Р. Браянта

щодо прогнозування хронізації посттравматичних розладів. Підкреслено, що втрата особистісних і соціальних ресурсів ускладнює процес адаптації, а підтримка соціального оточення сприяє відновленню психологічного благополуччя. Проаналізовано провідні підходи до вивчення тілесної ідентичності після тяжких поранень і показано, що зміни тілесності суттєво впливають на фізичне функціонування, структуру особистісної та соціальної ідентичності, самооцінку та соціальне самосприйняття комбатантів.

Зазначено, що основну роль у процесі адаптації відіграють ціннісно-смислова сфера та пошук особистісного сенсу. Переосмислення життєвих цінностей розглянуто як механізм подолання наслідків психотравми та відновлення життєвих перспектив та наголошено на важливості вивчення фрустраційних реакцій і копінг-поведінки важкопоранених комбатантів. Уточнено, що після тяжкого бойового поранення їх перебудова є центральним механізмом адаптації, оскільки попередні способи подолання стресу, сформовані в умовах військової діяльності, не завжди є ефективними у цивільному середовищі. Таким чином, адаптаційний процес передбачає поступовий перехід від переважно мобілізаційних і ситуативно орієнтованих способів подолання загрози до конструктивних стратегій саморегуляції, планування, пошуку соціальної підтримки, позитивної переоцінки, прийняття змінених умов та активного вирішення проблем.

Обґрунтовано значення психологічної ресурсності як інтегральної характеристики особистості, а внутрішні ресурси важкопоранених комбатантів розглянуто як чинник їх стресостійкості, життєстійкості й успішної адаптації після тяжких травматичних подій.

З’ясовано, що критеріями соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя виступають функціональна мобільність, психічний стан, самооцінка й емоційна стабільність особистості. Розкрито значення функціональної мобільності як базового чинника соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів. Установлено, що її

рівень визначає можливості особистості щодо самостійного функціонування, професійної реалізації та участі в суспільному житті.

Визначено, що психологічна реабілітація є складовою процесу адаптації та спрямована на відновлення психічного здоров'я, розвиток навичок саморегуляції, формування нової системи життєвих смислів і соціальних зв'язків (В. Алещенко, Л. Герман, Є. Потапчук, О. Сафін, М. Фаркас та ін.). Узагальнено основні напрями психологічної допомоги важкопораненим комбатантам: психологічна діагностика, консультування, психотерапія, психологічний супровід, групова робота та психоосвітня діяльність.

Проаналізовано особливості психічного стану військовослужбовців як інтегративного утворення, що охоплює фізіологічний, психофізіологічний, психологічний та соціально-психологічний рівні функціонування особистості (О. Бойко, Б. Колк, М. Корольчук, І. Приходько, Дж. Сарін, Ч. Хоге, Д. Шарф та ін.). Запропоновано бачення координаційної підструктури психічного стану, яка поєднує суб'єктивні переживання особистості та її поведінкові прояви.

Встановлено, що самооцінка важкопоранених комбатантів має багатовимірний характер і включає тілесний, функціональний та екзистенційно-смисловий рівні. Показано, що адекватна самооцінка виступає важливим ресурсом подолання наслідків травми, відновлення соціальної активності та формування нової життєвої перспективи.

Розкрито специфіку емоційної стабільності важкопоранених комбатантів як інтегративної характеристики особистості, що забезпечує ефективну регуляцію емоційних станів, стійкість до стресу та успішне функціонування в умовах посттравматичних змін. Запропоновано модифіковану модель емоційної стабільності, яка включає компоненти тілесної адаптації, психофізіологічної інтеграції, мотивації до реінтеграції, емоційної регуляції та відновлення соціальних зв'язків.

Отже, наукова проблема соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя має вирішуватися шляхом

розробки та емпіричного обґрунтування інтегративної концепції, що поєднує системний, особистісно-орієнтований та біопсихосоціальний підходи.

Виокремлено та концептуально обґрунтовано складові соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів: психологічну корекцію, реконструкцію ідентичності та соціальну дестигматизацію. Психологічна корекція передбачає роботу з депресивними, тривожними та посттравматичними проявами, гострими реакціями на стрес, емоційною дисрегуляцією, психологічними наслідками хронічного болю й фантомних переживань. Реконструкція ідентичності охоплює переосмислення образу власного тіла, Я-концепції, професійної та соціальної ролі, зокрема трансформацію уявлень «Я – військовий», «Я – людина зі зміненими функціональними можливостями», «Я – член родини», «Я – член громади», та формування нової інтегрованої ідентичності, узгодженої з актуальними можливостями, потребами та життєвими цілями особистості. Соціальна дестигматизація передбачає подолання соціальних бар'єрів, негативних стереотипів і самостигматизації, створення сприятливого середовища для спілкування, професійної реалізації, громадської активності та повноцінної участі важкопораненого комбатанта у житті суспільства. Встановлено, що зазначені складові функціонують у взаємозв'язку: психологічна стабілізація створює передумови для реконструкції особистісної та соціальної ідентичності, її узгодження з новими умовами життєдіяльності забезпечує відновлення суб'єктності, а соціальна дестигматизація сприяє закріпленню нових способів взаємодії та повноцінній реінтеграції особистості в сімейне, професійне й громадське середовище.

Зазначене концептуальне обгрунтування стало підґрунтям для розробки структурно-функціональної моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка відображає взаємозв'язок основних структурних компонентів та системоутворювальних механізмів адаптаційного процесу.

Отже, запропонована концепція розкриває адаптацію як динамічний процес взаємодії особистісних ресурсів і соціального середовища, у якому психологічна корекція психотравматичних наслідків поєднується з реконструкцією Я-концепції та ідентичності, перебудовою копінг-стратегій, відновленням сімейного функціонування, соціальною дестигматизацією та реінтеграцією у суспільство. Науково обґрунтована структурно-функціональна модель і розроблена на її основі програма соціально-психологічної адаптації забезпечують перехід від фрагментарного реагування на окремі наслідки тяжкого поранення до комплексного психологічного забезпечення процесу відновлення, що враховує нові функціональні можливості й обмеження особистості.

Описано дизайн емпіричного дослідження, до якого, поряд із важкопораненими комбатантами, було залучено членів їх родин та непоранених учасників бойових дій. Визначено соціально-демографічні, бойові, післябойові та адаптаційні характеристики респондентів, а також особливості бойового та післябойового досвіду, суб'єктивне сприйняття поранення, труднощі адаптації, життєві перспективи, ресурси подолання кризових ситуацій і роль сімейної підтримки у процесі реадаптації, що надало можливість всебічного дослідження процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, виявлення провідних чинників адаптації, психологічних ресурсів та механізмів відновлення та створило надійне підґрунтя для ґрунтовного емпіричного аналізу й розробки інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації зазначеної категорії осіб до мирного життя.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.4; 2.6; 2.29; 3.6; 3.16; 3.19].

РОЗДІЛ 3

ВАЖКОПОРАНЕНИЙ КОМБАТАНТ ЯК СУБ'ЄКТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

3.1. Результати емпіричного дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Відповідно до концептуальних положень дослідження, важкопоранений комбатант – це активний суб'єкт соціально-психологічної адаптації, ефективність якої визначається особливостями його особистісного функціонування, адаптаційними ресурсами, рівнем психологічного благополуччя та здатністю до саморегуляції в умовах наслідків бойової травматизації.

З метою емпіричного вивчення ролі та місця ВК у процесі СПА було проведено комплексне дослідження рівня адаптованості за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса–Р. Даймонда. Використання опитувальника дозволило оцінити загальний рівень адаптації респондентів та окремі структурні компоненти адаптаційного процесу: прийняття себе, прийняття інших, емоційний комфорт, локус контролю, домінування та схильність до уникання проблемних ситуацій.

На першому етапі аналізу було здійснено розподіл респондентів за загальним рівнем соціально-психологічної адаптації (рис. 3.1).

Лише 18,7 % важкопоранених комбатантів продемонстрували високий рівень соціально-психологічної адаптації. Для цієї категорії респондентів характерними є достатньо сформовані механізми психологічної саморегуляції, позитивне ставлення до себе та оточення, здатність підтримувати

міжособистісні контакти і конструктивно долати наслідки травматичного досвіду.

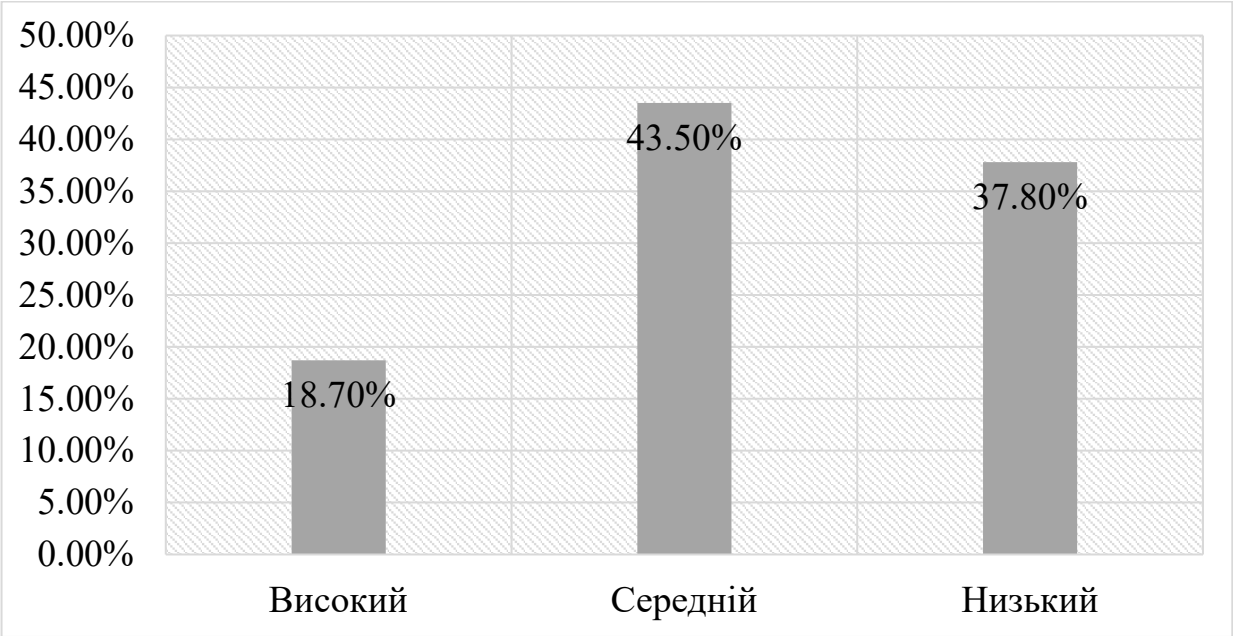


Рис. 3.1. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда, %

Найбільшу групу становили особи із середнім рівнем адаптації (43,5 %). Одержані результати свідчать про часткове відновлення адаптаційного потенціалу за одночасного збереження певних труднощів соціально-психологічного функціонування. Для респондентів характерними залишаються періодичні прояви емоційної нестабільності, невпевненості щодо майбутнього, труднощі інтеграції в нові соціальні ролі після отриманого поранення.

Частка респондентів із низьким рівнем адаптації (37,8 %) свідчить про наявність виражених ознак соціально-психологічної дезадаптації, труднощів прийняття власного фізичного стану, зниження соціальної активності та звуження життєвих перспектив.

Одержані результати підтверджують, що наслідки важкого поранення виступають чинником порушення адаптаційних механізмів особистості.

Для поглибленого аналізу особливостей адаптаційного процесу було здійснено дослідження окремих структурних компонентів соціально-психологічної адаптації (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Середні значення показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Адаптивність	102,8	18,4	0,53	101,8–103,8	Середній
Дезадаптивність	118,3	21,7	0,63	117,1–119,5	Підвищена
Прийняття себе	28,6	6,3	0,18	28,2–29,0	Середній
Неприйняття себе	24,8	5,9	0,17	24,5–25,1	Підвищене
Прийняття інших	15,7	4,8	0,14	15,4–16,0	Середній
Неприйняття інших	22,1	5,4	0,16	21,8–22,4	Підвищене
Емоційний комфорт	17,3	4,9	0,14	17,0–17,6	Знижений
Емоційний дискомфорт	24,6	5,8	0,17	24,3–24,9	Високий
Внутрішній контроль	31,8	6,5	0,19	31,4–32,2	Середній
Зовнішній контроль	28,7	5,7	0,17	28,4–29,0	Підвищений
Домінування	7,9	2,3	0,07	7,8–8,0	Помірне
Підлеглість	18,8	4,2	0,12	18,6–19,0	Підвищена
Ескапізм	17,1	3,9	0,11	16,9–17,3	Високий

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Аналіз середніх значень дозволяє констатувати наявність внутрішньої суперечливості адаптаційних процесів у важкопоранених комбатантів. Середнє значення адаптивності (M=102,8±0,53) перебуває в межах нормативного діапазону, що свідчить про збереження певного адаптаційного потенціалу. Показник дезадаптивності (M=118,3±0,63) є

достатньо високим і майже наближається до верхньої межі нормативних значень.

Середній рівень самоприйняття (M=28,6±0,18) поєднується з високими значеннями неприйняття себе (M=24,8±0,17), що свідчить про наявність внутрішньоособистісного конфлікту, пов'язаного із переживанням наслідків поранення, змінами фізичного образу «Я» та необхідністю переосмислення власної ідентичності. Аналогічна тенденція простежується у сфері міжособистісних відносин. Незважаючи на збереження помірного рівня прийняття інших (M=15,7), показник неприйняття інших (M=22,1±0,16) виявився достатньо високим, що свідчить про формування підвищеної настороженості, недовіри та соціальної дистанційованості, які часто супроводжують процес повернення комбатантів до мирного життя.

Найбільш проблемною сферою виявився емоційний компонент адаптації. Рівень емоційного комфорту (M=17,3±0,14) поступається показнику емоційного дискомфорту (M=24,6±0,17). Одержані результати свідчать про поширеність переживань тривоги, внутрішнього напруження, емоційної виснаженості та труднощів психологічного відновлення після бойового досвіду. Установлено відносно збережений внутрішній локус контролю (M=31,8±0,19), що дозволяє розглядати його як ресурс адаптації важкопоранених комбатантів. Проте одночасно досить високі показники зовнішнього контролю (M=28,7±0,17) вказують на тенденцію частини респондентів пов'язувати життєві труднощі переважно із зовнішніми обставинами.

Високий рівень ескапізму (M=17,1±0,11) свідчить про поширеність стратегій уникання, психологічного дистанціювання від проблем або відкладання їх вирішення. Після наслідків бойової травматизації тенденція виступає механізмом психологічного захисту, однак у довгостроковій перспективі ускладнює процес адаптації.

Для уточнення структури адаптаційних порушень було здійснено аналіз рівневого розподілу окремих показників соціально-психологічної адаптації (рис. 3.2).

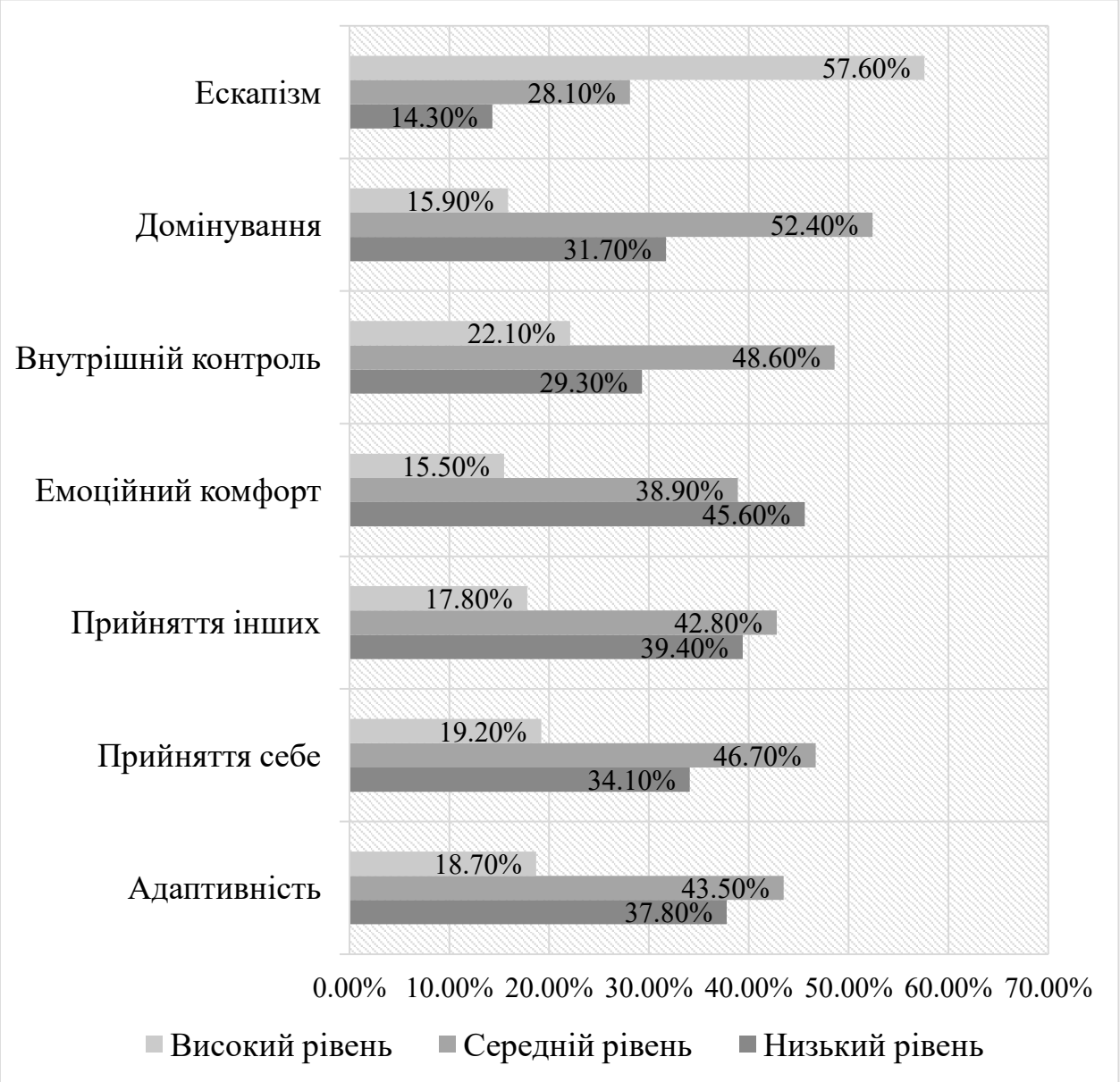


Рис. 3.2. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями окремих показників соціально-психологічної адаптації, %

Найбільші труднощі спостерігаються у сфері емоційного функціонування. Майже половина респондентів (45,6 %) характеризується низьким рівнем емоційного комфорту, що свідчить про значну поширеність негативних емоційних переживань, психологічного виснаження та труднощів підтримання внутрішньої рівноваги. Подібна ситуація простежується щодо

прийняття інших людей. Низькі показники за цією шкалою зафіксовано у 39,4 % респондентів, що вказує на певні труднощі соціальної інтеграції та відновлення довірливих міжособистісних відносин.

Позитивним результатом є те, що майже половина обстежених демонструє середній рівень внутрішнього контролю (48,6 %), а ще 22,1 % – високий. Отже, значна частина важкопоранених комбатантів зберігає здатність брати відповідальність за власне життя та активно впливати на процес власного відновлення.

Показовим результатом є високий рівень ескапізму у 57,6 % респондентів. Отримані дані свідчать, що уникання складних життєвих ситуацій та психологічне дистанціювання від проблем виступають провідною стратегією адаптації після отримання важкого поранення.

Таким чином, результати дослідження за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда засвідчили, що процес соціально-психологічної адаптації ВК характеризується неоднорідністю та внутрішньою суперечливістю. Поряд із наявністю внутрішнього контролю, збереженого рівня самоприйняття та потенціалу до соціальної взаємодії спостерігаються виражені ознаки дезадаптації, емоційного дискомфорту, соціальної дистанційованості та високої схильності до уникальної поведінки, що вимагає подальшого аналізу інших компонентів адаптаційного процесу.

Індикатором успішності СПА виступає суб’єктивна оцінка людиною якості власного життя та ступеня його відповідності особистим очікуванням і потребам. З цією метою було використано Шкалу задоволеності життям (SWLS), яка дозволяє оцінити когнітивний компонент суб’єктивного благополуччя та загальну задоволеність життєвою ситуацією. Результати дослідження наведено в табл. 3.2.

Середній показник задоволеності життям становив M=18,7±±0,18 бали, що відповідає рівню помірної незадоволеності життям. Значення стандартного відхилення (σ=6,2) свідчить про достатньо виражену варіативність відповідей,

тобто досліджувана група не є однорідною за ступенем суб'єктивного благополуччя.

Таблиця 3.2

Середні значення показників задоволеності життям важкопоранених комбатантів (SWLS)

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Загальний показник задоволеності життям	18,7	6,2	0,18	18,3-19,1	Помірно низький

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Одержані результати дозволяють припустити, що наслідки важкого поранення впливають на загальну оцінку власного життя. Втрата фізичних можливостей, зміна професійного статусу, обмеження соціальної активності та необхідність тривалого лікування формують відчуття розриву між бажаним і реальним життєвим становищем.

Для детального аналізу здійснено розподіл респондентів за рівнями задоволеності життям (рис. 3.3).

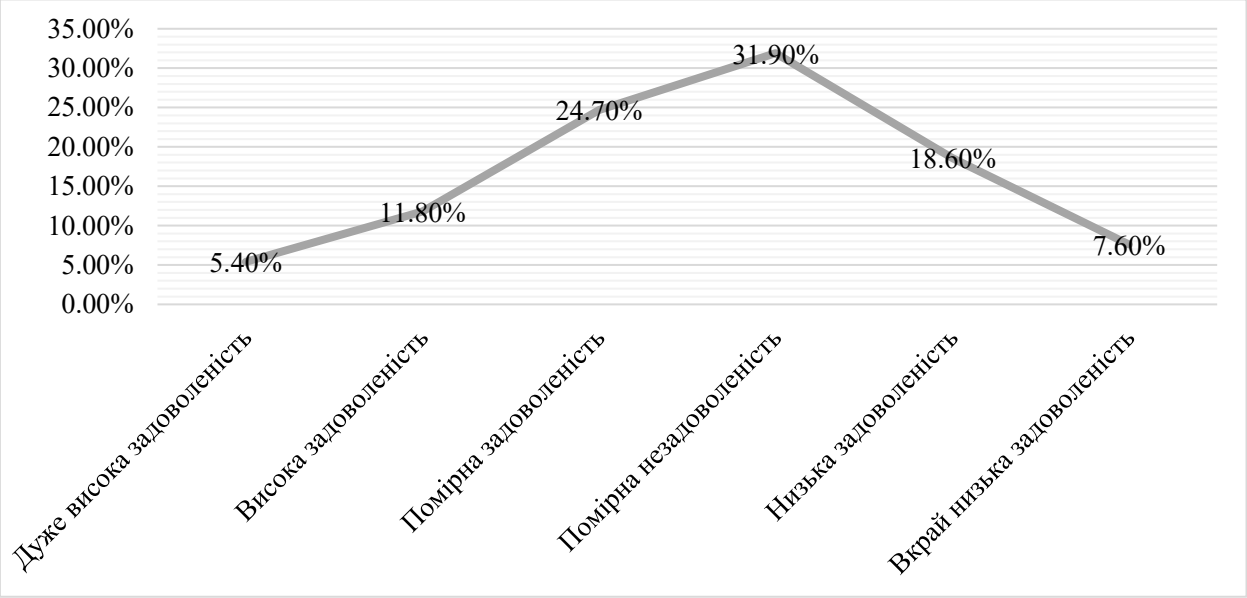


Рис. 3.3. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями задоволеності життям, %

Лише 17,2 % респондентів продемонстрували високий або дуже високий рівень задоволеності життям. Понад половина досліджуваних (58,1 %) характеризувалася помірною або вираженою незадоволеністю власним життям.

26,2 % опитаних продемонстрували низький або вкрай низький рівень задоволеності життям, що свідчить про труднощі психологічного прийняття наслідків поранення та недостатню інтеграцію травматичного досвіду у систему життєвих смислів.

Для визначення місця задоволеності життям у структурі адаптації було проведено кореляційний аналіз Пірсона між показниками SWLS та шкалами соціально-психологічної адаптації (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Кореляційні зв'язки між задоволеністю життям та показниками соціально-психологічної адаптації

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Адаптивність	0,67	<0,001	Сильний позитивний
Прийняття себе	0,61	<0,001	Сильний позитивний
Прийняття інших	0,48	<0,001	Помірний позитивний
Емоційний комфорт	0,73	<0,001	Дуже сильний позитивний
Внутрішній контроль	0,52	<0,001	Помірно сильний позитивний
Домінування	0,29	<0,01	Слабкий позитивний
Дезадаптивність	-0,64	<0,001	Сильний негативний
Неприйняття себе	-0,58	<0,001	Помірно сильний негативний
Емоційний дискомфорт	-0,71	<0,001	Дуже сильний негативний
Зовнішній контроль	-0,49	<0,001	Помірний негативний
Ескапізм	-0,47	<0,001	Помірний негативний

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Додатні значення r свідчать про прямий зв'язок між показниками, від'ємні – про обернений. Статистично значущими вважаються зв'язки при p < 0,05.

Задоволеність життям займає центральне місце у структурі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів та демонструє численні статистично значущі взаємозв'язки з її ключовими компонентами.

Найбільш виражений позитивний зв’язок виявлено між задоволеністю життям та емоційним комфортом (r=0,73; p<0,001). Означає, що зі зростанням позитивного емоційного фону, внутрішньої рівноваги та психологічної стабільності підвищується загальна суб’єктивна оцінка якості життя. Одержаний результат дозволяє розглядати емоційне благополуччя як провідний механізм адаптації ВК. Високі кореляційні зв’язки встановлено між задоволеністю життям та загальною адаптивністю (r=0,67; p<0,001), прийняттям себе (r=0,61; p<0,001), що свідчить про те, що позитивне ставлення до власної особистості, здатність інтегрувати наслідки поранення у систему самосприйняття та прийняття нової життєвої ситуації є визначальними чинниками психологічного благополуччя.

Негативні кореляції із показниками емоційного дискомфорту (r=-0,71; p<0,001) та дезадаптивності (r=-0,64; p<0,001) демонструють зростання внутрішньої напруги, тривожності, пригніченості та почуття безпорадності, що супроводжується зниженням суб’єктивної задоволеності життям. Встановлений негативний зв’язок між задоволеністю життям та ескапізмом (r=-0,47; p<0,001) свідчить про те, що уникнення проблем, відмова від активного вирішення життєвих труднощів та прагнення психологічного дистанціювання від реальності є чинниками, що перешкоджають ефективній адаптації.

Результати кореляційного аналізу підтверджують, що задоволеність життям виступає інтегральним показником успішності соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів та акумулює вплив когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів адаптаційного процесу.

Наступним етапом дослідження стало вивчення особливостей суб’єктивного благополуччя ВК за допомогою модифікованої шкали суб’єктивного благополуччя БіБіСі (рис. 3.4). Застосування опитувальника дозволило здійснити комплексну оцінку психологічного благополуччя, фізичного здоров’я та благополуччя, соціальних взаємин, визначити

інтегральний показник суб'єктивного благополуччя як критерію успішної соціально-психологічної адаптації особистості після важкого поранення.

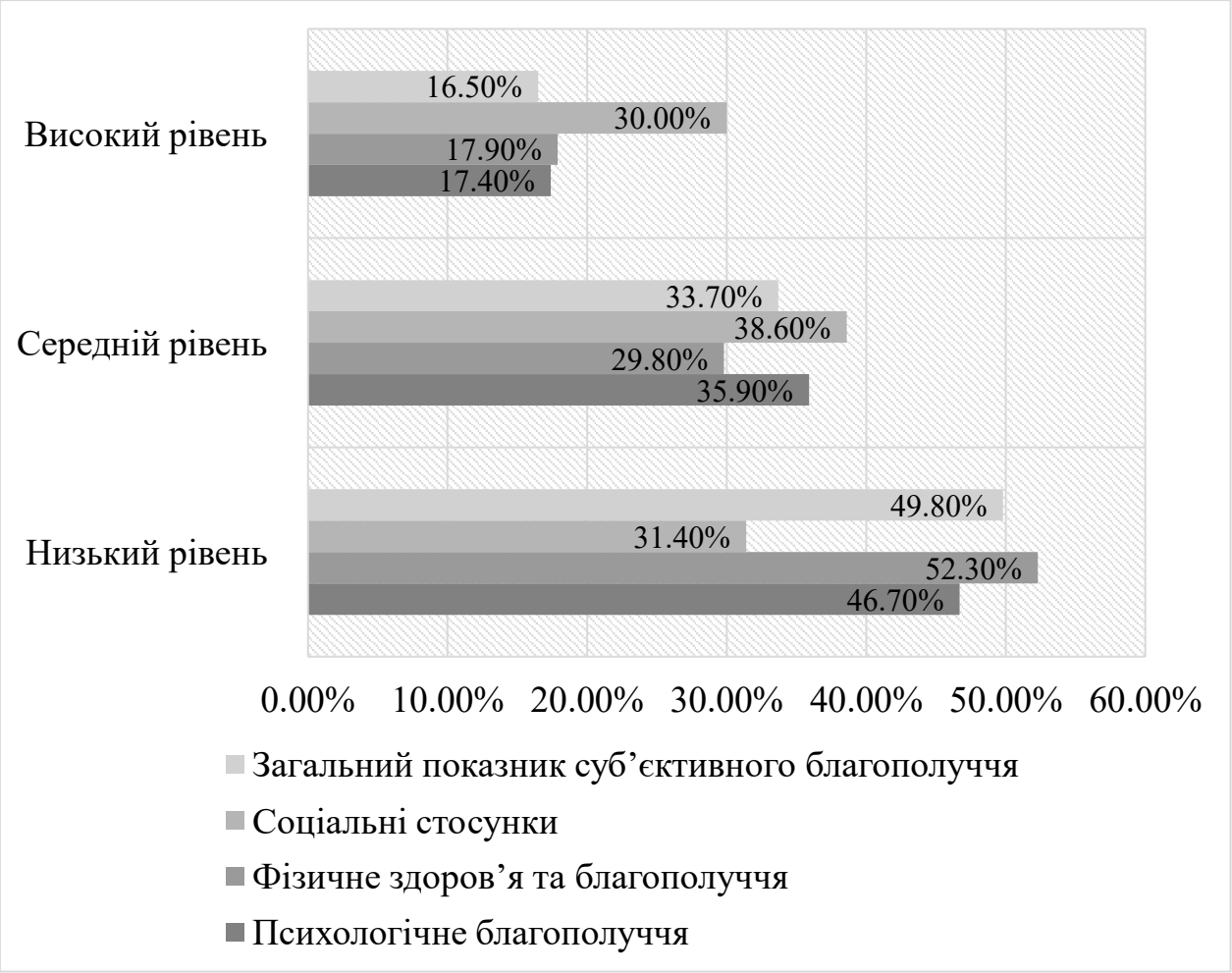


Рис. 3.4. Рівень суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів, %

Майже половина досліджуваних демонструє низький рівень загального суб'єктивного благополуччя (49,8 %). Лише 16,5 % респондентів характеризуються високими показниками благополуччя. Одержані результати свідчать про те, що наслідки бойової травматизації та важкого поранення суттєво впливають на загальне сприйняття якості життя, відчуття психологічної стабільності та можливості повноцінного функціонування в цивільному середовищі.

Понад половина опитаних (52,3 %) характеризуються низькими показниками за шкалою «Фізичне здоров'я та благополуччя», що підтверджує

значний вплив хронічного болю, функціональних обмежень, наслідків ампутацій, необхідності тривалого лікування та залежності від сторонньої допомоги. Найсприятливішими виявилися показники соціальних взаємин. Незважаючи на пережиті травматичні події, третина респондентів демонструє високий рівень задоволеності сімейними та міжособистісними стосунками, що свідчить про компенсаторну роль соціального оточення у процесі адаптації.

Для детального аналізу проведено порівняння середніх показників складових суб'єктивного благополуччя (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Середні значення складових суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Психологічне благополуччя	41,8	8,7	0,26	41,3–42,3	Середній
Фізичне здоров'я та благополуччя	20,4	5,9	0,18	20,0–20,8	Низький
Соціальні стосунки	18,7	4,3	0,13	18,4–19,0	Середній
Загальний показник суб'єктивного благополуччя	80,9	17,2	0,52	79,9–81,9	Середній

Примітка. M – середнє арифметичне значення показника; σ – стандартне відхилення; m – стандартна помилка середнього; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал для середнього значення показника.

Аналіз середніх значень дозволяє встановити неоднорідність структури суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів. Найнижчі показники виявлено за шкалою фізичного здоров'я та благополуччя (M=20,4±0,18), що відповідає низькому рівню. Такий результат є закономірним з огляду на специфіку вибірки та підтверджує домінуючий вплив соматичних наслідків бойових травм на адаптаційний процес.

Психологічне благополуччя перебуває на межі середнього рівня (M=41,8±0,26). Одержані результати свідчать про наявність у значної частини респондентів внутрішніх ресурсів для подолання труднощів, проте одночасно

вказують на збереження тривожності, невизначеності майбутнього та зниження відчуття життєвого контролю.

Показники соціальних взаємин є дещо вищими порівняно з іншими складовими благополуччя, що підтверджує роль сімейної підтримки, побратимських зв'язків та соціального оточення як факторів компенсації негативних наслідків бойового досвіду.

Для виявлення взаємозв'язків між суб'єктивним благополуччям та соціально-психологічною адаптацією було проведено кореляційний аналіз (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Кореляційні зв'язки між показниками суб'єктивного благополуччя та компонентами соціально-психологічної адаптації

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Адаптивність	0,74	<0,001	Дуже сильний позитивний
Прийняття себе	0,71	<0,001	Дуже сильний позитивний
Прийняття інших	0,55	<0,001	Помірно сильний позитивний
Емоційний комфорт	0,79	<0,001	Дуже сильний позитивний
Внутрішній контроль	0,63	<0,001	Сильний позитивний
Домінування	0,34	<0,01	Слабкий позитивний
Дезадаптивність	-0,69	<0,001	Сильний негативний
Неприйняття себе	-0,66	<0,001	Сильний негативний
Емоційний дискомфорт	-0,76	<0,001	Дуже сильний негативний
Зовнішній контроль	-0,58	<0,001	Помірно сильний негативний
Ескапізм	-0,54	<0,001	Помірно сильний негативний

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Додатні значення r свідчать про прямий зв'язок між показниками, від'ємні – про обернений. Статистично значущими вважаються зв'язки при p < 0,05.

Найсильніший позитивний зв'язок встановлено між суб'єктивним благополуччям та емоційним комфортом (r=0,79; p<0,001). Одержаний результат підтверджує, що позитивний емоційний стан виступає провідним механізмом формування благополуччя важкопоранених комбатантів. Високі коефіцієнти кореляції встановлено між благополуччям та адаптивністю (r=0,74; p<0,001), прийняттям себе (r=0,71; p<0,001), що свідчить про роль

позитивної самооцінки та успішної інтеграції наслідків поранення у структуру особистості.

Емоційний дискомфорт (r=-0,76; p<0,001) та дезадаптивність (r=-0,69; p<0,001) виявили сильні негативні взаємозв'язки із суб'єктивним благополуччям, що підтверджує деструктивний вплив негативних психоемоційних станів на процес адаптації.

Результати кореляційного аналізу підтверджують, що суб'єктивне благополуччя є інтегральним показником успішності соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів і відображає складну систему взаємодії особистісних, емоційних і соціальних ресурсів адаптаційного процесу. Найбільше значення для підтримання високого рівня благополуччя мають емоційний комфорт, адаптивність, самоприйняття та внутрішній локус контролю. Емоційний дискомфорт, дезадаптивність і тенденції до уникнення проблем виступають чинниками ризику психологічної дезадаптації.

Для глибокого вивчення внутрішньої структури суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів було проведено факторний аналіз методом головних компонент із варімакс-обертанням. До аналізу включено показники психологічного благополуччя, фізичного здоров'я та соціальних взаємин, отримані за модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі. Застосування статистичного методу дало змогу виявити латентні компоненти, які визначають загальну структуру суб'єктивного благополуччя та виконують системоутворюючу роль у процесі соціально-психологічної адаптації ВК.

Попередня перевірка придатності даних до факторизації засвідчила достатній рівень взаємозв'язків між змінними (KMO=0,864; критерій сферичності Бартлетта x^2= 4128,57; p<0,001), що підтвердило можливість проведення факторного аналізу. Результати факторного навантаження досліджуваних показників наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Факторна структура суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів

Показник	Фактор 1. Особистісно-психологічний компонент соціально-психологічної адаптації	Фактор 2. Фізично-реабілітаційний компонент соціально-психологічної адаптації	Фактор 3. Соціально-підтримувальний компонент соціально-психологічної адаптації
Оптимізм щодо майбутнього	0,842	0,163	0,091
Наявність життєвої мети	0,815	0,147	0,128
Відчуття контролю над життям	0,793	0,215	0,118
Особистісний розвиток	0,774	0,186	0,139
Задоволеність собою	0,751	0,192	0,168
Здатність отримувати задоволення від життя	0,733	0,201	0,154
Задоволеність фізичним здоров'ям	0,149	0,837	0,097
Якість сну	0,173	0,811	0,124
Здатність виконувати повсякденні справи	0,216	0,789	0,143
Задоволеність працездатністю	0,241	0,754	0,119
Матеріальне забезпечення	0,198	0,713	0,175
Доступність медичних послуг	0,126	0,691	0,121
Сімейне благополуччя	0,144	0,126	0,828
Підтримка близьких	0,153	0,174	0,809

Продовження табл. 3.6

Показник	Фактор 1. Особистісно-психологічний компонент соціально-психологічної адаптації	Фактор 2. Фізично-реабілітаційний компонент соціально-психологічної адаптації	Фактор 3. Соціально-підтримувальний компонент соціально-психологічної адаптації
Задоволеність міжособистісними стосунками	0,187	0,146	0,784
Можливість отримати допомогу	0,116	0,182	0,749
Комфорт у спілкуванні	0,213	0,124	0,703

Примітка. Факторні навантаження ≥ 0,60; метод екстракції – головні компоненти; метод обертання – Varimax з нормалізацією Кайзера.

Аналіз факторних навантажень дозволив виокремити три змістовно відмінні групи показників, які формують структуру суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів. До першого фактора увійшли показники оптимізму щодо майбутнього, наявності життєвої мети, суб'єктивного контролю над життям, особистісного розвитку та позитивного самоставлення. Сукупність цих характеристик відображає внутрішній особистісний потенціал подолання наслідків травматичного досвіду та здатність до відновлення життєвої перспективи.

Другий фактор об'єднує показники фізичного функціонування та задоволеності власним соматичним станом. Високі факторні навантаження спостерігаються щодо оцінки здоров'я, якості сну, працездатності, матеріального забезпечення та доступності медичної допомоги, що свідчить про вплив фізичних наслідків бойового поранення на загальний рівень благополуччя особистості.

Третій фактор представлений показниками сімейної підтримки, якості міжособистісних взаємин та доступності соціальної допомоги. Одержані результати підтверджують важливість соціального середовища як ресурсу

психологічного відновлення та адаптації важкопоранених комбатантів до умов мирного життя.

Для визначення внеску кожного з виділених факторів у загальну структуру суб'єктивного благополуччя було проаналізовано показники поясненої дисперсії (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Показники поясненої дисперсії факторної моделі суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів

Фактор	Власне значення фактора (Eigenvalue)	Частка поясненої дисперсії, %	Кумулятивна дисперсія, %
Фактор 1. Особистісно-психологічний компонент соціально-психологічної адаптації	5,84	34,3	34,3
Фактор 2. Фізично-реабілітаційний компонент соціально-психологічної адаптації	3,41	20,1	54,4
Фактор 3. Соціально-підтримувальний компонент соціально-психологічної адаптації	2,38	14	68,4

Провідне місце у структурі суб'єктивного благополуччя ВК посідає особистісно-психологічний компонент соціально-психологічної адаптації, частка якого становить 34,3 % загальної дисперсії досліджуваних показників. Одержані результати дають підстави стверджувати, що основну роль у формуванні суб'єктивного благополуччя відіграють внутрішні психологічні ресурси особистості: наявність життєвих смислів і цілей, оптимістичне бачення майбутнього, позитивне самосприйняття та відчуття контролю над власним життям.

Фізично-реабілітаційний компонент СПА пояснює 20,1 % дисперсії та характеризує вплив фізичного стану й реабілітаційних можливостей на психологічне функціонування особистості. Враховуючи специфіку вибірки,

такий результат є закономірним, тому що фізичні наслідки бойових поранень впливають на якість життя, соціальну активність та професійну реалізацію комбатантів.

Частка соціально-підтримувального компонента становить 14 % загальної дисперсії. Його зміст свідчить про роль родини, близького соціального оточення та міжособистісних взаємин у забезпеченні психологічної стабільності важкопоранених комбатантів.

Результати факторного аналізу дозволили встановити, що суб'єктивне благополуччя важкопоранених комбатантів формується під впливом трьох взаємопов'язаних груп чинників, які пояснюють 68,4 % загальної дисперсії досліджуваного феномена, що свідчить про високий рівень структурної узгодженості отриманої моделі та підтверджує комплексний характер процесу соціально-психологічної адаптації ВК.

Складовою соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів виступає життєстійкість як інтегральна характеристика особистості, що забезпечує ефективне подолання стресових ситуацій, збереження психологічної рівноваги та здатність до відновлення після травматичних подій. Для оцінювання рівня було використано шкалу життєстійкості Коннора – Девідсона. Одержані результати показано на рис. 3.5.

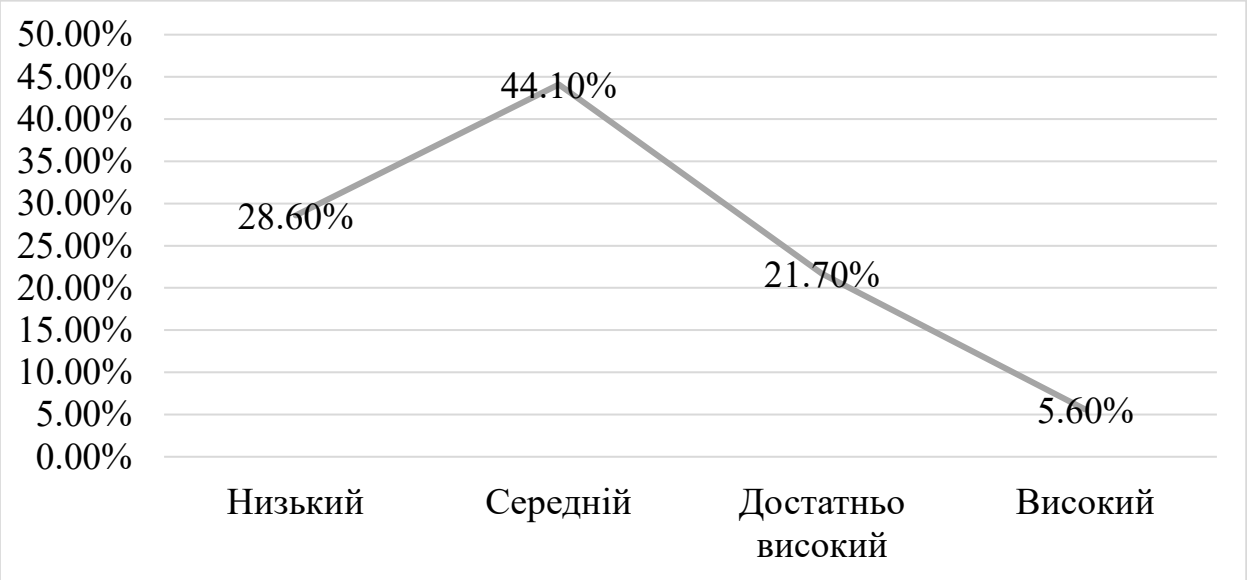


Рис. 3.5. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями життєстійкості (CD-RISC-10), %

Респонденти з низьким рівнем життєстійкості (28,6 %) характеризувалися схильністю до переживання безпорадності, труднощами у подоланні стресових ситуацій, зниженим відчуттям контролю над власним життям та невпевненістю у власних можливостях. У процесі опитування значна частина комбатантів демонструвала песимістичне бачення майбутнього, труднощі у прийнятті фізичних наслідків поранення та залежність від зовнішньої підтримки. Для них були характерними високий рівень емоційного виснаження, зниження мотивації до соціальної активності та труднощі у плануванні подальшого життя.

Найчисельнішу групу становили комбатанти із середнім рівнем життєстійкості (44,1 %). Для них характерною була відносна здатність долати труднощі й адаптуватися до нових умов життя, однак ефективність процесів залежала від зовнішніх обставин і соціальної підтримки. Представники групи демонстрували прагнення до відновлення звичного способу життя, проте в ситуаціях тривалого стресу або загострення фізичних проблем нерідко втрачали впевненість у власних силах та потребували додаткової психологічної допомоги.

Достатньо високий рівень життєстійкості було виявлено у 21,7 % респондентів. Респонденти характеризувалися сформованими навичками саморегуляції, здатністю конструктивно оцінювати життєві труднощі та зберігати психологічну рівновагу навіть в умовах фізичних обмежень. Вони частіше демонстрували активну життєву позицію, орієнтацію на подальший розвиток, професійну самореалізацію та участь у громадському житті.

Лише 5,6 % опитаних продемонстрували високий рівень життєстійкості. Для них характерними були високий рівень особистісної автономії, здатність швидко відновлюватися після кризових подій, позитивне ставлення до майбутнього та готовність сприймати труднощі як можливості для особистісного зростання. Попри тяжкі наслідки поранення, вони зберігали відчуття життєвої перспективи, активно використовували внутрішні та

зовнішні ресурси для подолання наслідків травматичного досвіду та демонстрували ознаки посттравматичного зростання.

Результати якісного аналізу свідчать, що життєстійкість важкопоранених комбатантів є неоднорідним психологічним утворенням, рівень якого визначає успішність адаптації до мирного життя. Переважання середнього та низького рівнів життєстійкості у понад двох третин респондентів вказує на наявність значного запиту на психологічну підтримку та розвиток ресурсів особистісної стійкості. Наявність групи комбатантів із достатньо високим і високим рівнем підтверджує можливість успішного відновлення навіть за умов тяжких фізичних ушкоджень та свідчить про потенціал психологічного зростання після пережитої бойової травми.

Для більш детального аналізу розраховано основні показники описової статистики (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Середні значення показників життєстійкості важкопоранених комбатантів

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Загальний показник життєстійкості	20,8	8,1	0,24	20,3–21,3	Середній

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Середнє значення життєстійкості у вибірці становить M=20,8±0,24 бали, що відповідає середньому рівню розвитку досліджуваної характеристики. Отримане значення знаходиться у нижній межі середнього діапазону нормативних показників шкали CD-RISC-10, що свідчить про недостатню сформованість механізмів психологічної стійкості у значної частини обстежених.

Аналіз показника стандартного відхилення (σ=8,1) дозволяє констатувати внутрішньогрупову варіативність результатів. Означає, що життєстійкість важкопоранених комбатантів характеризується неоднорідністю та суттєво залежить від індивідуальних особливостей

особистості, характеру бойового досвіду, ступеня тяжкості отриманих ушкоджень, соціального оточення та ефективності реабілітаційних заходів.

Одержані результати можуть свідчити про те, що процес відновлення після тяжкого поранення не має лінійного характеру. Частина комбатантів демонструє ознаки посттравматичного зростання та здатність до конструктивного переосмислення пережитого досвіду. Інша частина продовжує переживати наслідки травматизації, що негативно позначається на їхній здатності ефективно долати життєві труднощі.

З метою визначення місця життєстійкості у структурі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів було проведено кореляційний аналіз між показниками життєстійкості та основними показниками, отриманими за методикою СПА К. Роджерса – Р. Даймонда, Шкалою задоволеності життям та Модифікованою шкалою суб'єктивного благополуччя БіБіСі. Результати кореляційного аналізу наведено у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Кореляційні зв'язки життєстійкості з показниками адаптації та благополуччя

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	0,68	<0,001	сильний позитивний
Задоволеність життям	0,63	<0,001	сильний позитивний
Суб'єктивне благополуччя	0,71	<0,001	сильний позитивний
Емоційний комфорт	0,59	<0,001	помірно сильний позитивний
Самоприйняття	0,55	<0,001	помірно сильний позитивний

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Додатні значення r свідчать про прямий зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p < 0,05.

Результати кореляційного аналізу (табл. 3.15) підтвердили системоутворюючу роль життєстійкості у структурі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Усі встановлені зв'язки виявилися

статистично значущими на високому рівні достовірності ($p<0,001$), що свідчить про стійкий характер виявлених закономірностей.

Найбільш тісний позитивний зв'язок встановлено між життєстійкістю та суб'єктивним благополуччям ($r=0,71$). Означає, що зі зростанням здатності особистості долати труднощі та зберігати психологічну рівновагу покращується загальне сприйняття власного життя, емоційний стан та відчуття особистісної ефективності. Дещо нижчий, проте також високий рівень взаємозв'язку виявлено між життєстійкістю та загальним показником СПА ($r=0,68$). Одержаний результат підтверджує припущення про те, що життєстійкість виступає основним внутрішнім ресурсом адаптаційного процесу та забезпечує ефективне функціонування особистості в умовах тривалих наслідків бойової травматизації. Позитивні кореляції життєстійкості із задоволеністю життям ($r=0,63$), емоційним комфортом ($r=0,59$) та самоприйняттям ($r=0,55$) свідчать про те, що розвиток психологічної стійкості пов'язаний із формуванням позитивного ставлення до себе, власного життєвого досвіду та перспектив майбутнього.

Результати дослідження дають підстави розглядати життєстійкість як окрему особистісну характеристику, ресурс соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, який інтегрує когнітивні, емоційні та поведінкові механізми подолання наслідків бойової травматизації. Тому розвиток життєстійкості доцільно характеризувати як пріоритетний напрям психологічного супроводу та реабілітації цієї категорії осіб.

Наступним етапом емпіричного дослідження стало вивчення вираженості депресивної симптоматики серед важкопоранених комбатантів за допомогою Опитувальника депресії Бека. Актуальність аналізу цього показника зумовлена тим, що депресивні прояви належать до поширених психологічних наслідків бойової травматизації та можуть істотно впливати на процес соціально-психологічної адаптації особистості. Фізичні ушкодження, зміна звичного способу життя, втрата професійної ролі, обмеження соціальної активності та невизначеність життєвих перспектив можуть виступати

чинниками формування депресивних переживань різного ступеня вираженості.

З метою визначення ступеня вираженості депресивної симптоматики проаналізовано розподіл респондентів за відповідними рівнями (рис. 3.6).

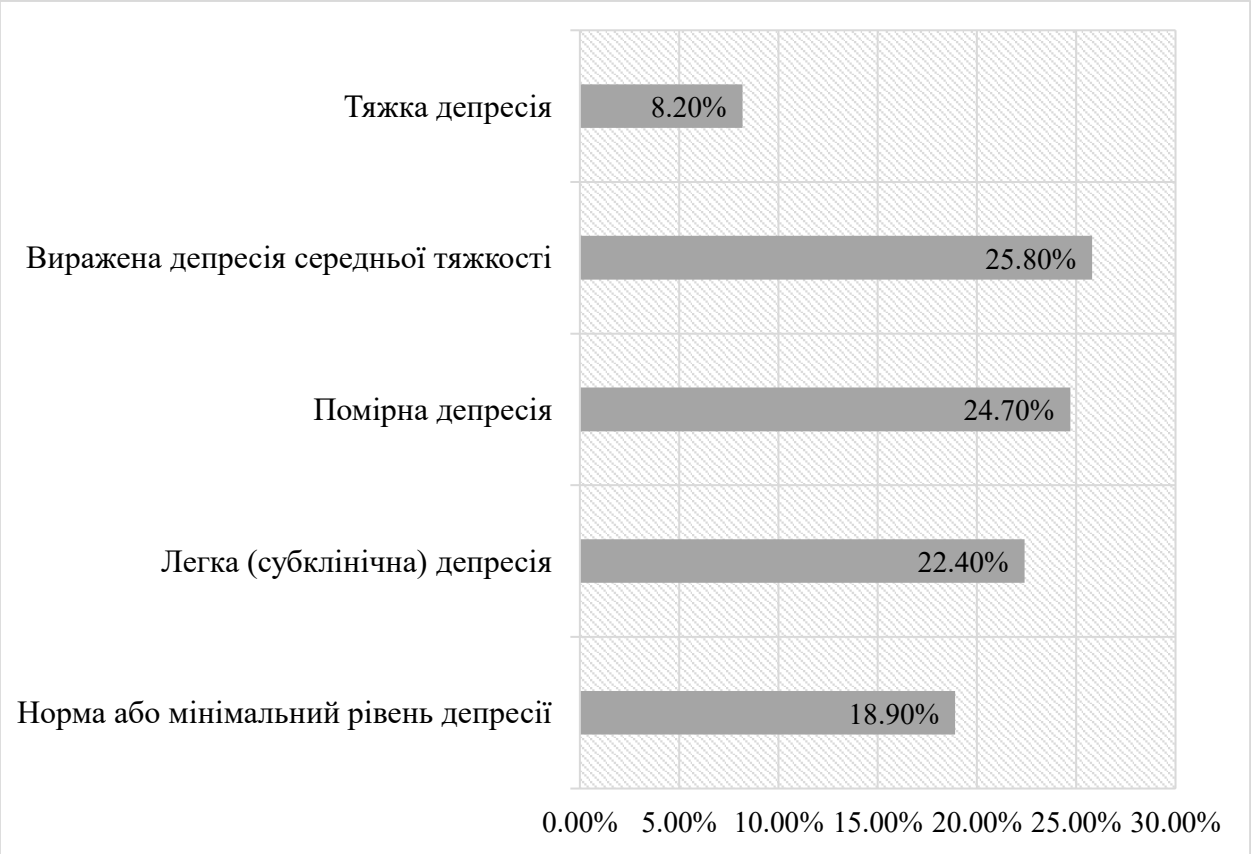


Рис. 3.6. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями депресії за опитувальником депресії Бека, %

Лише 18,9 % важкопоранених комбатантів продемонстрували показники, які відповідають нормативному психоемоційному функціонуванню. Переважна більшість респондентів характеризується різними проявами депресивної симптоматики. Найчисельнішу групу становлять особи з вираженою депресією середньої тяжкості (25,8 %), помірний рівень депресії виявлено у 24,7 % досліджуваних. Майже чверть вибірки характеризується легкою депресивною симптоматикою (22,4 %), яка хоча й не досягає клінічного рівня, однак негативно впливає на якість життя та соціальне функціонування особистості. Для респондентів із тяжкою

депресією (8,2 %) характерні виражене почуття безнадійності, втрата життєвих перспектив, емоційне виснаження та високий ризик соціально-психологічної дезадаптації. Одержані результати свідчать про поширення депресивних переживань серед важкопоранених комбатантів.

Для більш глибокого аналізу було здійснено оцінку основних параметрів описової статистики показників депресії (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Середні значення показників депресії важкопоранених комбатантів

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Загальний показник депресії	19,8	8,6	0,25	19,3–20,3	помірний

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Середній показник депресії у вибірці становить M=19,8±0,25 бали, що відповідає верхній межі помірного рівня депресії та наближається до показників вираженої депресії середньої тяжкості. Результат свідчить про наявність значного емоційного навантаження у досліджуваної категорії осіб.

Значення стандартного відхилення (σ=8,6) вказує на достатньо високу варіативність індивідуальних результатів, що вказує на неоднорідність вибірки щодо проявів депресивної симптоматики та відображає різний ступінь психологічної адаптованості важкопоранених комбатантів до наслідків бойової травми.

Одержані результати узгоджуються з попередніми даними щодо високого рівня емоційного неблагополуччя та психологічної вразливості значної частини досліджуваної вибірки.

З метою визначення місця депресивних переживань у структурі соціально-психологічної адаптації проведено кореляційний аналіз між показниками депресії та результатами попередніх методик (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Кореляційні зв'язки показників депресії з характеристиками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	-0,74	<0,001	Сильний обернений
Задоволеність життям	-0,69	<0,001	Сильний обернений
Суб'єктивне благополуччя	-0,77	<0,001	Сильний обернений
Життєстійкість	-0,72	<0,001	Сильний обернений
Емоційний комфорт	-0,81	<0,001	Дуже сильний обернений
Самоприйняття	-0,66	<0,001	Сильний обернений

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих обернених зв'язків між рівнем депресії та всіма основними показниками СПА. Найбільш виражений взаємозв'язок встановлено між депресією та емоційним комфортом (r=-0,81; p<0,001), що свідчить про провідну роль емоційної стабільності у підтриманні психологічного благополуччя особистості. Високі коефіцієнти кореляції виявлено між депресією та суб'єктивним благополуччям (r=-0,77), соціально-психологічною адаптацією (r=-0,74), життєстійкістю (r=-0,72) та задоволеністю життям (r=-0,69).

Одержані результати свідчать, що зі зростанням депресивної симптоматики закономірно знижуються адаптаційні ресурси особистості, погіршується оцінка власного життя та послаблюється здатність ефективно долати наслідки бойової травматизації; дозволяють розглядати депресію як психологічний чинник, що ускладнюють процес соціально-психологічної адаптації ВК та потребують врахування при розробці комплексних програм психологічної реабілітації.

Компонентом психологічного стану важкопоранених комбатантів виступає рівень тривожності, який відображає особливості емоційного

реагування особистості на наслідки бойової травматизації, невизначеність майбутнього, фізичні обмеження та труднощі соціально-психологічної адаптації. З цією метою було вивчено рівень тривожності за допомогою Шкали тривожності Бека.

Розподіл респондентів за рівнями тривожності наведено на рис. 3.7.

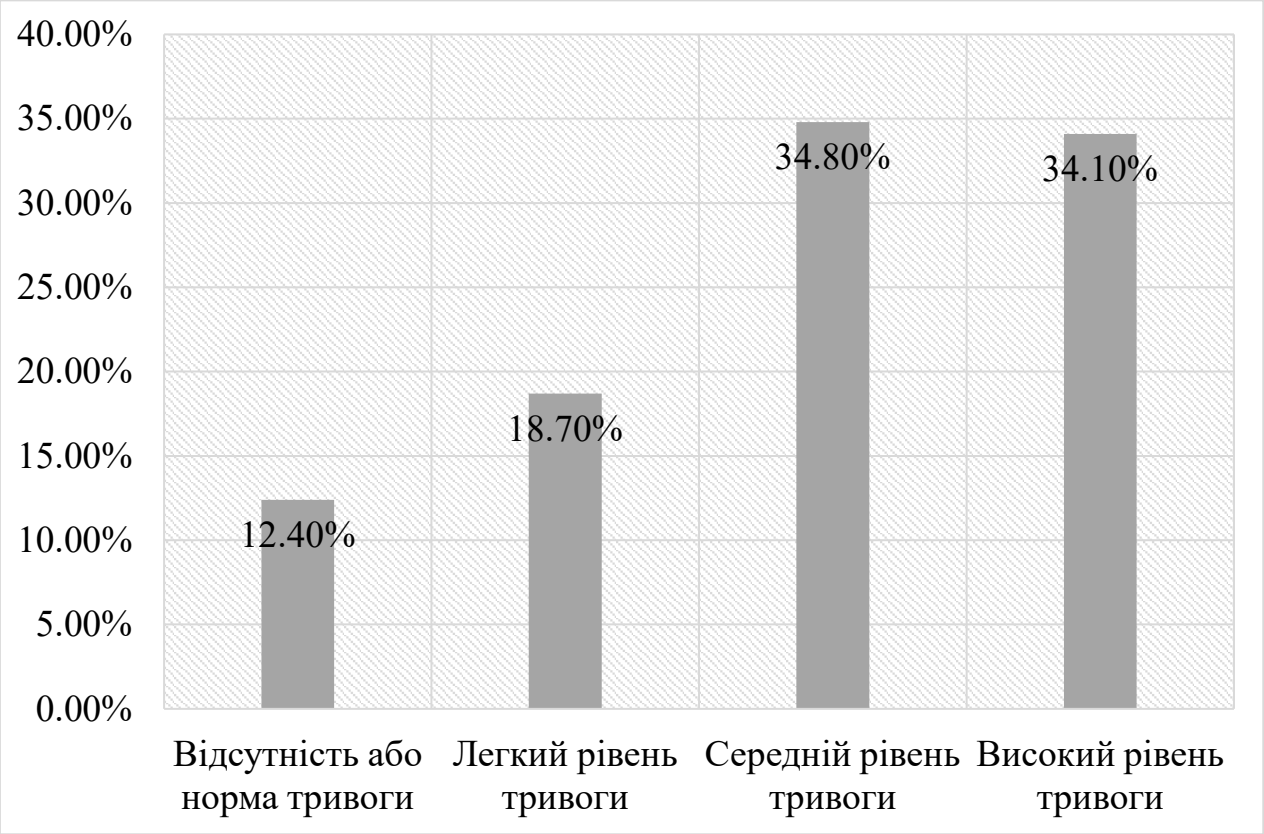


Рис. 3.7. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями тривожності за шкалою Бека, %

Лише 12,4 % важкопоранених комбатантів продемонстрували показники, що відповідають нормативному рівню психоемоційного функціонування, що свідчить про те, що для переважної більшості досліджуваних наслідки бойової травматизації продовжують супроводжуватися вираженим емоційним напруженням навіть після завершення гострого етапу лікування.

Найбільшу частку вибірки становлять особи із середнім (34,8 %) та високим (34,1 %) рівнями тривожності. Таким чином, майже 70 % ВК характеризуються стійкими тривожними переживаннями різного ступеня

інтенсивності. Для цієї категорії респондентів є характерними підвищена настороженість, постійне очікування небезпеки, труднощі емоційної саморегуляції, порушення концентрації уваги, соматичні прояви тривоги у вигляді напруження, прискореного серцебиття, порушень сну та підвищеної втомлюваності. Легкий рівень тривожності було виявлено у 18,7 % респондентів. Незважаючи на відносно помірну вираженість симптоматики, навіть рівень тривоги негативно впливає на якість повсякденного функціонування, професійну активність та міжособистісні взаємини. Високий рівень тривожності у третини досліджуваних свідчить про наявність труднощів психологічної адаптації та підвищений ризик формування стійких постстресових реакцій.

Для детальнішої оцінки ступеня вираженості тривожних переживань було проведено аналіз показників описової статистики (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Середні значення показників тривожності важкопоранених комбатантів за шкалою Бека

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Загальний показник тривожності	18,6	9,2	0,27	18,1–19,1	Високий

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Середній показник тривожності становить M=18,6±0,27 бала та перебуває на верхній межі середнього рівня, практично досягаючи критерію високої тривожності. Одержаний результат свідчить про значну поширеність тривожних переживань серед важкопоранених комбатантів.

Показник стандартного відхилення (σ=9,2) вказує на достатньо виражену варіативність індивідуальних результатів, що свідчить про неоднорідність вибірки за рівнем психологічного реагування на наслідки бойового травматичного досвіду. Відносно вузький довірчий інтервал (18,1–19,1 бали) підтверджує статистичну надійність одержаних результатів.

З метою визначення місця тривожності у структурі соціально-психологічної адаптації проведено кореляційний аналіз між показниками тривожності та основними характеристиками адаптаційного процесу (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Кореляційні зв'язки показників тривожності з характеристиками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	-0,72	<0,001	Сильний обернений
Задоволеність життям	-0,65	<0,001	Сильний обернений
Суб'єктивне благополуччя	-0,74	<0,001	Сильний обернений
Життєстійкість	-0,69	<0,001	Сильний обернений
Емоційний комфорт	-0,83	<0,001	Дуже сильний обернений
Самоприйняття	-0,58	<0,001	Помірно сильний обернений

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Тривожність має статистично значущі обернені зв'язки з усіма ключовими показниками соціально-психологічної адаптації. Найбільш тісний зв'язок встановлено між рівнем тривожності та емоційним комфортом (r=-0,83; p<0,001), що вказує на погіршення емоційного благополуччя зі зростанням тривожних переживань. Високі коефіцієнти кореляції зафіксовано між тривожністю та суб'єктивним благополуччям (r=-0,74), соціально-психологічною адаптацією (r=-0,72), життєстійкістю (r=-0,69) та задоволеністю життям (r=-0,65). Одержані результати підтверджують, що високий рівень тривоги виступає основним чинником дезадаптації важкопоранених комбатантів та знижує ефективність їхнього психологічного відновлення.

Складовою СПА важкопоранених комбатантів виступає збереження або відновлення професійної ідентичності, яка забезпечує відчуття соціальної

значущості, особистісної ефективності та перспективності подальшого життєвого шляху. Після отримання важких поранень військовослужбовці стикаються з необхідністю професійної переорієнтації, зміни трудової діяльності або набуття нових професійних компетентностей. У зв'язку з цим проведено дослідження професійних уподобань важкопоранених комбатантів за методикою Дж. Голланда.

Результати розподілу домінуючих професійних типів особистості наведено на рис. 3.8.

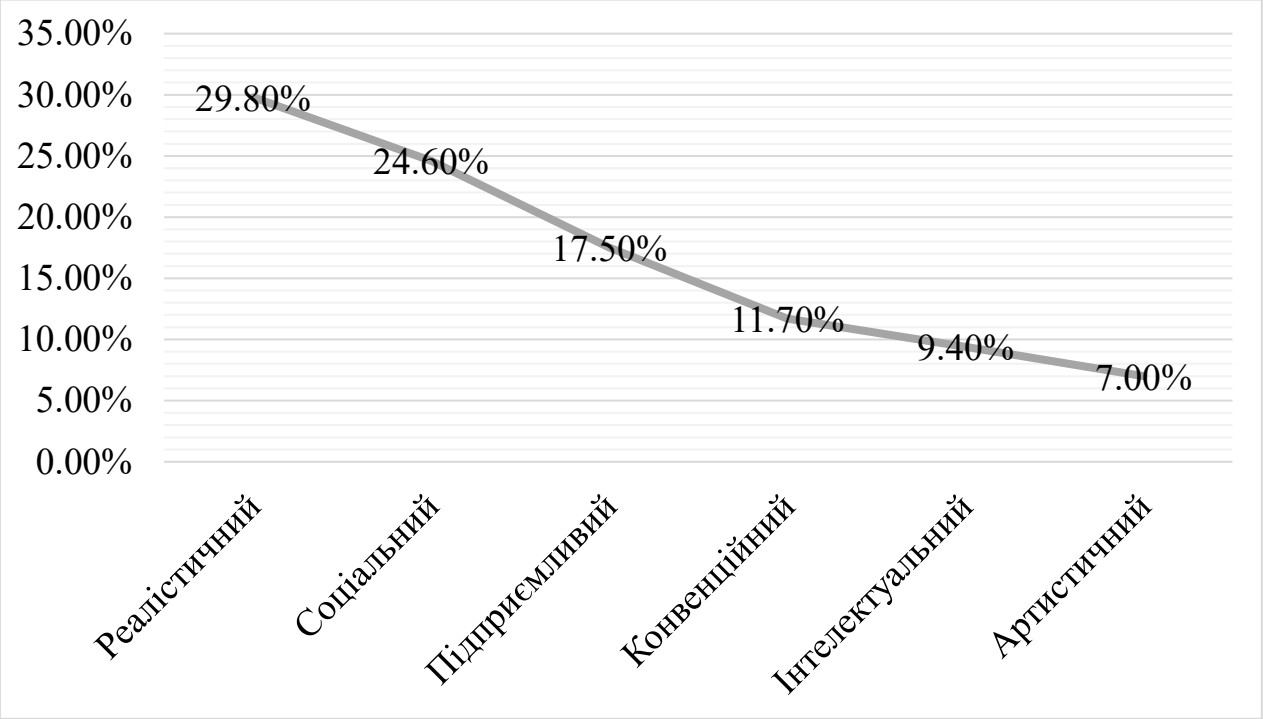


Рис. 3.8. Розподіл важкопоранених комбатантів за домінуючим професійним типом особистості (за Дж. Голландом), %

Поширеним серед важкопоранених комбатантів виявився реалістичний тип особистості (29,8 %). Представники орієнтовані на практичну діяльність, конкретні результати праці, технічні навички та фізичну активність. Категорія комбатантів переживає найбільші труднощі професійної адаптації після отримання тяжких поранень, тому що фізичні обмеження нерідко унеможливлюють виконання звичної роботи. Друге місце посідає соціальний тип (24,6 %), респонденти якого характеризуються високою потребою у взаємодії з людьми, схильністю до допомоги, консультування та соціальної

підтримки. Для багатьох ВК соціальна активність та участь у ветеранських, волонтерських або громадських проєктах виступає основним ресурсом подальшої адаптації. Підприємливий тип особистості було виявлено у 17,5 % учасників, які характеризуються вираженими лідерськими якостями, прагненням до самореалізації, організаційної діяльності й управління. Наявність професійного профілю створює додаткові можливості для успішної професійної переорієнтації після завершення реабілітації.

Найменш представленими виявилися інтелектуальний (9,4 %) та артистичний (7,0 %) типи особистості, що пояснюється специфікою військової професійної діяльності, яка традиційно тяжіє до практично орієнтованих моделей поведінки.

Для детального аналізу професійних уподобань досліджено середні показники за кожним із шести професійних типів (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Середні значення показників професійних типів особистості важкопоранених комбатантів за методикою Дж. Голланда

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень вираженості
Реалістичний тип	8,7	2,8	0,08	8,5–8,9	Високий
Соціальний тип	7,9	2,6	0,08	7,7–8,1	Високий
Підприємливий тип	6,8	2,5	0,07	6,7–7,0	Середній
Конвенційний тип	5,9	2,3	0,07	5,8–6,0	Середній
Інтелектуальний тип	5,4	2,1	0,06	5,3–5,5	Середній
Артистичний тип	4,8	2,0	0,06	4,7–4,9	Низький

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Аналіз результатів свідчить про наявність специфічної структури професійної спрямованості важкопоранених комбатантів, яка сформувалася під впливом попереднього військово-професійного досвіду та наслідків бойової травматизації. Найвищі середні показники отримано за реалістичним типом особистості (M=8,7±0,08), що відображає переважання орієнтації на практичну діяльність, роботу з технічними засобами, механізмами,

обладнанням, схильність до конкретних і чітко структурованих видів діяльності. Одержаний результат є закономірним з огляду на особливості військової служби, яка передбачає виконання практичних завдань, дисциплінованість, витривалість та здатність діяти в умовах підвищеного ризику. Представники переживають труднощі професійної адаптації після поранення, тому що фізичні обмеження унеможливлюють повернення до звичних форм діяльності.

Досить високими виявилися показники соціального типу особистості (M=7,9±0,08), що свідчить про збереження потреби у міжособистісній взаємодії, прагнення допомагати іншим людям, брати участь у громадській діяльності, наставництві та соціальній підтримці. Одержані результати дозволяють припустити, що значна частина важкопоранених комбатантів розглядає взаємодію з іншими ветеранами, участь у ветеранських спільнотах та волонтерських ініціативах як механізм відновлення власної соціальної ролі та життєвої активності.

Показники підприємливого типу (M=6,8±0,07) перебувають на середньому рівні вираженості та свідчать про наявність у частини респондентів лідерських якостей, прагнення до самостійності, організаційної діяльності та професійної самореалізації. Особливості виступають ресурсом успішної реінтеграції до цивільного життя, тому що сприяють активному пошуку нових можливостей працевлаштування та професійного розвитку.

Конвенційний (M=5,9±0,07) та інтелектуальний (M=5,4±0,06) типи характеризуються середнім рівнем вираженості, що вказує на помірну готовність частини комбатантів до діяльності, пов’язаної з аналітичною роботою, обробкою інформації, плануванням, дотриманням чітких правил та адміністративно-організаційними функціями. Ефективність професійної перекваліфікації осіб, які через наслідки поранення втратили можливість виконувати фізично складну роботу, залежить від сформованості їхніх професійних орієнтацій.

Найнижчі показники зафіксовано за артистичним типом особистості (M=4,8±0,06), що свідчить про відносно слабку орієнтацію більшості респондентів на творчі професії, самовираження через мистецтво та діяльність, пов'язану з високим рівнем невизначеності й креативності. Незначна частка представників розглядається як потенційний ресурс психологічного відновлення, тому що творчі форми самореалізації нерідко виступають ефективним засобом подолання наслідків психотравматичного досвіду.

Результати дослідження засвідчили домінування практично орієнтованих і соціально спрямованих професійних установок, що відображає збереження потреби важкопоранених комбатантів у соціальній корисності, професійній самореалізації та відновленні активної життєвої позиції.

З метою визначення ролі професійної ідентичності у процесі адаптації проведено кореляційний аналіз між показниками професійних типів та основними характеристиками соціально-психологічної адаптації (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Кореляційні зв'язки професійної спрямованості з показниками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціальний тип – соціально-психологічна адаптація	0,48	<0,001	Помірний прямий
Соціальний тип – суб'єктивне благополуччя	0,51	<0,001	Помірний прямий
Підприємливий тип – життєстійкість	0,46	<0,001	Помірний прямий
Підприємливий тип – задоволеність життям	0,42	<0,001	Помірний прямий
Реалістичний тип – тривожність	0,39	<0,001	Слабко-помірний прямий
Реалістичний тип – депресія	0,34	<0,001	Слабко-помірний прямий

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Аналіз кореляційних зв'язків свідчить про статистично значущий вплив особливостей професійної спрямованості на перебіг процесу соціально-

психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Одержані результати дозволяють стверджувати, що професійна ідентичність виступає характеристикою трудової сфери особистості, психологічним ресурсом подолання наслідків бойової травматизації та повернення до активного соціального функціонування. Найбільш тісні зв'язки виявлено між соціальним типом особистості та показниками соціально-психологічної адаптації ($r=0,48$; $p<0,001$) і суб'єктивного благополуччя ($r=0,51$; $p<0,001$), які свідчать, що орієнтація на міжособистісну взаємодію, готовність допомагати іншим, здатність встановлювати та підтримувати соціальні контакти значно підвищують ефективність адаптаційних процесів. Особи із вираженим соціальним типом легше залучаються до систем СП, активніше використовують ресурси родини, ветеранських спільнот і громадських організацій, що позитивно впливає на їхнє психологічне благополуччя та якість життя.

Статистично значущі позитивні кореляції встановлено між підприємливим типом особистості та життєстійкістю ($r=0,46$; $p<0,001$), задоволеністю життям ($r=0,42$; $p<0,001$), що дозволяє припустити, що лідерська спрямованість, активна життєва позиція, прагнення до досягнень та готовність брати відповідальність за власне життя сприяють формуванню ефективних стратегій подолання труднощів. Для осіб характерне конструктивне ставлення до життєвих змін, пов'язаних із наслідками поранення, вищий рівень мотивації до професійної та соціальної самореалізації.

Було виявлено позитивні зв'язки між реалістичним типом особистості та показниками тривожності ($r=0,39$; $p<0,001$) і депресивності ($r=0,34$; $p<0,001$). Представники орієнтовані на діяльність, що передбачає фізичну активність, технічні навички, роботу з механізмами та матеріальними об'єктами. У ситуації важкого поранення сфери життєдіяльності зазнають найбільших обмежень, що спричиняє переживання втрати професійної компетентності, зниження відчуття особистісної ефективності та виникнення кризових переживань щодо власного майбутнього.

Одержані результати свідчать про те, що професійна спрямованість є психологічним чинником адаптації ВК. Найбільш сприятливими виявилися соціальний та підприємливий типи особистості, які пов'язані з вищими

показниками життєстійкості, психологічного благополуччя та задоволеності життям. Домінування реалістичного типу за умов фізичних обмежень виступає фактором психологічної дезадаптації.

Для поглибленого вивчення психологічного стану важкопоранених комбатантів було застосовано методику Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», яка дає змогу оцінити рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Зазначені психічні стани належать до важливих внутрішніх чинників соціально-психологічної адаптації, оскільки визначають особливості емоційного реагування особистості на наслідки бойової травматизації, характер подолання життєвих труднощів і здатність до пристосування до змінених життєвих обставин.

Первинний аналіз результатів передбачав визначення частоти прояву різних рівнів досліджуваних психічних станів (рис. 3.9).

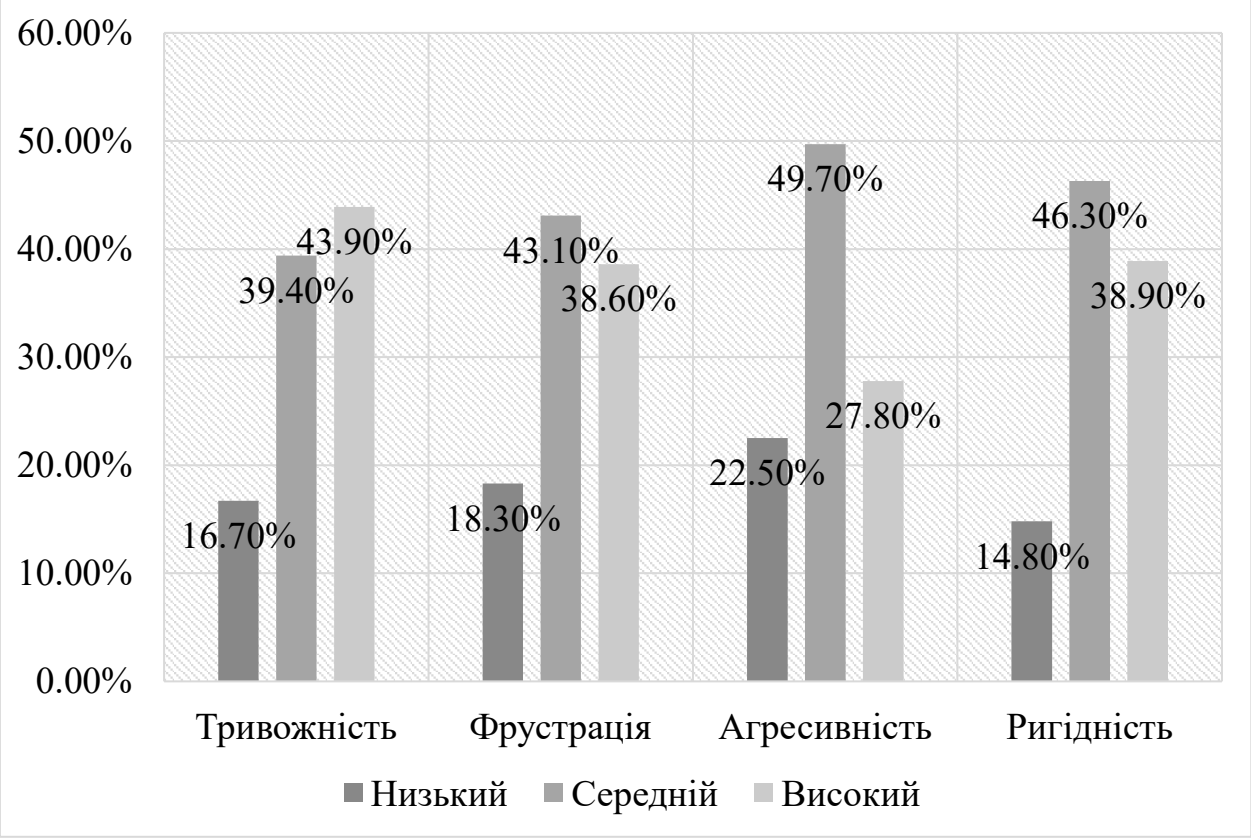


Рис. 3.9. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями психічних станів за методикою Г. Айзенка, %

Найбільш несприятливою є ситуація щодо тривожності, високий рівень якої виявлено у 43,9 % важкопоранених комбатантів. Одержані результати підтверджують дані, встановлені за шкалою тривожності Бека, та свідчать про стійке емоційне напруження, схильність до надмірного занепокоєння та труднощі психологічної саморегуляції. Високий рівень фрустрації зафіксовано у 38,6 % респондентів, що свідчить про поширеність переживань безсилля, розчарування та незадоволеності власними можливостями через зміни, викликані бойовими пораненнями. Респонденти переживають труднощі у реалізації життєвих планів, професійних намірів і соціальних ролей.

Показники агресивності виявилися відносно нижчими порівняно з іншими психічними станами. Високий рівень агресивності встановлено у 27,8 % досліджуваних. Майже половина вибірки характеризується помірним рівнем такої характеристики, що свідчить про те, що агресивні реакції переважно мають ситуативний характер і не виступають домінуючим способом реагування більшості важкопоранених комбатантів.

Високий рівень психічної негнучкості виявлено у 38,9 % респондентів, що вказує на труднощі пристосування до нових життєвих умов, складність перебудови звичних поведінкових стратегій та прийняття змін, пов’язаних із наслідками поранення.

Для детального аналізу було здійснено оцінку середніх показників досліджуваних психічних станів (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Середні значення показників психічних станів важкопоранених комбатантів за методикою Г. Айзенка

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Тривожність	14,8	3,9	0,11	14,6–15,0	Високий
Фрустрація	13,9	4,1	0,12	13,7–14,1	Середній (наближений до високого)
Агресивність	11,7	3,8	0,11	11,5–11,9	Середній
Ригідність	14,2	3,7	0,11	14,0–14,4	Середній (наближений до високого)

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Результати свідчать про домінування тривожності серед досліджуваних психічних станів. Середнє значення такого показника (M=14,8±0,11) фактично перебуває на межі переходу до високого рівня та відображає значне емоційне напруження, характерне для осіб, які пережили бойову травматизацію та важкі фізичні ушкодження. Показники фрустрації (M=13,9±0,12) та ригідності (M=14,2±0,11) наближаються до критичних значень високого рівня, що свідчить про існування значних труднощів у прийнятті нових життєвих умов, обмежень та необхідності перебудови звичних моделей функціонування після поранення. Агресивність характеризується відносно нижчим середнім показником (M=11,7±0,11), що дозволяє розглядати її як вторинну реакцію на фрустрацію та психоемоційне напруження.

Для визначення місця досліджуваних психічних станів у структурі соціально-психологічної адаптації проведено кореляційний аналіз (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Кореляційні зв'язки психічних станів із показниками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Тривожність (Айзенк) – соціально-психологічна адаптація	-0,74	<0,001	Сильний обернений
Тривожність (Айзенк) – суб'єктивне благополуччя	-0,71	<0,001	Сильний обернений
Тривожність (Айзенк) – життєстійкість	-0,68	<0,001	Сильний обернений
Тривожність (Айзенк) – депресія Бека	0,76	<0,001	Сильний прямий
Тривожність (Айзенк) – тривожність Бека	0,83	<0,001	Дуже сильний прямий
Фрустрація – соціально-психологічна адаптація	-0,69	<0,001	Сильний обернений
Фрустрація – суб'єктивне благополуччя	-0,65	<0,001	Сильний обернений
Фрустрація – життєстійкість	-0,62	<0,001	Сильний обернений
Фрустрація – депресія Бека	0,71	<0,001	Сильний прямий
Фрустрація – тривожність Бека	0,66	<0,001	Сильний прямий

Продовження табл. 3.17

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Агресивність – соціально-психологічна адаптація	-0,43	<0,001	Помірний обернений
Агресивність – суб'єктивне благополуччя	-0,39	<0,001	Помірний обернений
Агресивність – життєстійкість	-0,36	<0,001	Помірний обернений
Агресивність – депресія Бека	0,41	<0,001	Помірний прямий
Агресивність – тривожність Бека	0,38	<0,001	Помірний прямий
Ригідність – соціально-психологічна адаптація	-0,58	<0,001	Помірно сильний обернений
Ригідність – суб'єктивне благополуччя	-0,54	<0,001	Помірно сильний обернений
Ригідність – життєстійкість	-0,49	<0,001	Помірний обернений
Ригідність – депресія Бека	0,53	<0,001	Помірно сильний прямий
Ригідність – тривожність Бека	0,51	<0,001	Помірно сильний прямий

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Одержані результати підтверджують системний характер впливу емоційно-особистісних порушень на процес адаптації до умов мирного життя. Найбільш виражені кореляційні зв'язки виявлено для показника тривожності. Встановлено сильний обернений зв'язок між тривожністю та соціально-психологічною адаптацією (r=-0,74; p<0,001), суб'єктивним благополуччям (r=-0,71; p<0,001) і життєстійкістю (r=-0,68; p<0,001), що свідчить про те, що зі зростанням рівня тривожності знижується здатність особистості ефективно пристосовуватися до нових життєвих умов, підтримувати позитивне ставлення до життя та використовувати внутрішні ресурси подолання труднощів. Виявлено сильні прямі зв'язки тривожності з депресивною симптоматикою (r=0,76; p<0,001) та показниками тривожності за шкалою Бека (r=0,83; p<0,001), що свідчить про високу узгодженість одержаних результатів і підтверджує провідну роль тривожних переживань у структурі психологічної дезадаптації.

Аналогічна тенденція простежується щодо фрустрації. Встановлені сильні обернені кореляції із соціально-психологічною адаптацією (r=-0,69; p<0,001), суб'єктивним благополуччям (r=-0,65; p<0,001) та життєстійкістю (r=-0,62; p<0,001). Одержані результати свідчать про те, що переживання безсилля, розчарування та неможливості реалізувати власні потреби й життєві плани знижують адаптаційний потенціал особистості. Фрустрація демонструє сильні позитивні зв'язки з депресією (r=0,71; p<0,001) і тривожністю (r=0,66; p<0,001), що дозволяє розглядати її основний механізм формування емоційного неблагополуччя важкопоранених комбатантів.

Показник агресивності характеризується менш вираженими, проте статистично значущими взаємозв'язками. Виявлені помірні обернені кореляції із соціально-психологічною адаптацією (r=-0,43; p<0,001), суб'єктивним благополуччям (r=-0,39; p<0,001) та життєстійкістю (r=-0,36; p<0,001), що свідчить про те, що агресивні реакції ускладнюють адаптаційний процес, однак не є визначальним чинником психологічної дезадаптації порівняно з тривожністю та фрустрацією.

Встановлено помірно сильні обернені зв'язки між ригідністю та соціально-психологічною адаптацією (r=-0,58; p<0,001), суб'єктивним благополуччям (r=-0,54; p<0,001), позитивні зв'язки з депресією (r=0,53; p<0,001) і тривожністю (r=0,51; p<0,001). Одержані результати свідчать, що психологічна негнучкість, труднощі прийняття змін та схильність до збереження звичних поведінкових моделей виступають чинниками, які перешкоджають успішній реінтеграції особистості після отримання бойового поранення.

Дані кореляційного аналізу дозволяють стверджувати, що найбільший негативний вплив на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів мають тривожність та фрустрація. Агресивність і ригідність виступають додатковими чинниками дезадаптації.

Чинником успішної СПА важкопоранених комбатантів виступає соціальна підтримка, яка забезпечує особистості відчуття захищеності,

емоційної стабільності, приналежності до значущих соціальних груп та сприяє подоланню наслідків бойової травматизації. З метою вивчення особливостей сприйняття соціальної підтримки було використано Багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS), що дозволяє оцінити підтримку з боку сім'ї, друзів та значущих близьких осіб.

Результати розподілу респондентів за рівнями сприйняття соціальної підтримки наведено на рис. 3.10.

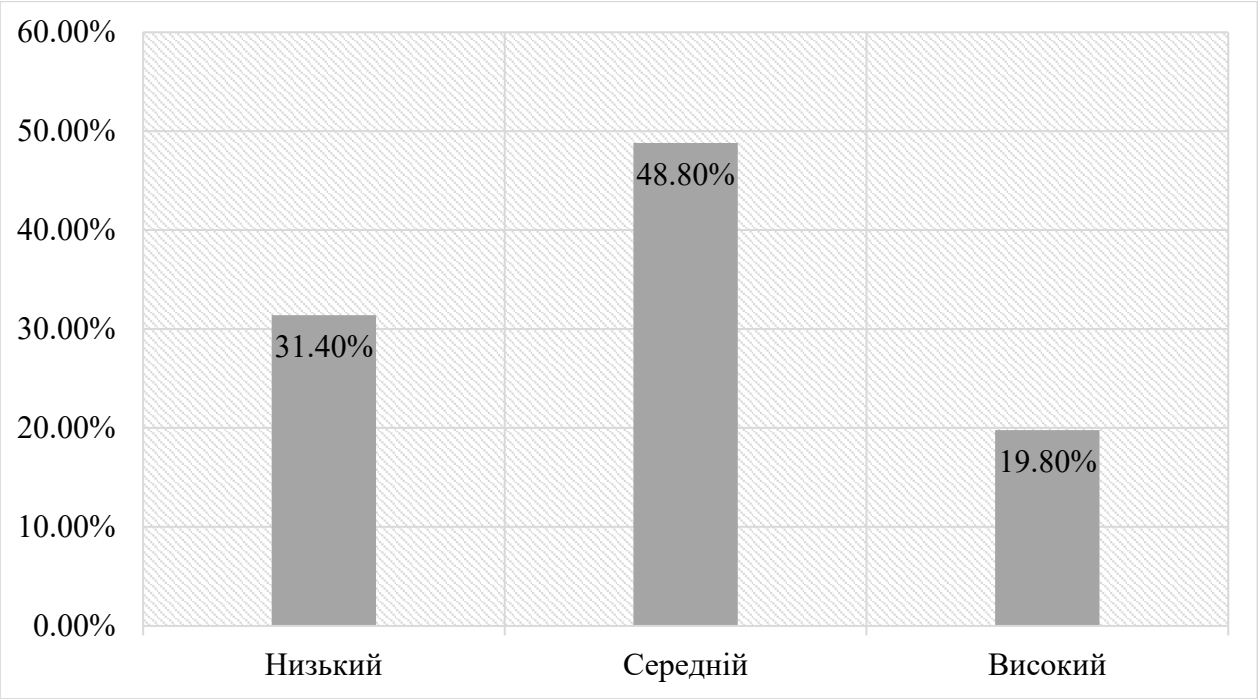


Рис. 3.10. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями сприйняття соціальної підтримки, %

19,8 % важкопоранених комбатантів демонструють високий рівень сприйняття соціальної підтримки. Майже половина досліджуваних (48,8 %) характеризується середнім рівнем СП, що свідчить про наявність соціальних ресурсів, і водночас їх недостатність або нестабільність в окремих життєвих сферах. Майже третина респондентів (31,4 %) продемонструвала низький рівень СП. Одержані результати можуть свідчити про переживання соціальної ізоляції, звуження кола міжособистісних контактів, труднощі у встановленні довірливих взаємин та недостатню залученість найближчого соціального оточення до процесу реабілітації та адаптації ВК.

Враховуючи специфіку наслідків бойових поранень, низький рівень сприйняття соціальної підтримки виступає додатковим фактором ризику розвитку депресивних переживань, підвищеної тривожності, емоційного виснаження та погіршення загального психологічного благополуччя.

Для детального аналізу здійснено оцінку середніх показників за окремими джерелами соціальної підтримки (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Середні значення показників сприйняття соціальної підтримки важкопоранених комбатантів за методикою MSPSS

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Підтримка сім'ї	4,21	1,24	0,04	4,13–4,29	Середній
Підтримка друзів	3,58	1,37	0,04	3,49–3,67	Середній
Підтримка близької людини	4,47	1,18	0,03	4,40–4,54	Середній
Загальний показник соціальної підтримки	4,09	1,12	0,03	4,03–4,15	Середній

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Результати свідчать про неоднорідність джерел соціальної підтримки у структурі адаптаційних ресурсів важкопоранених комбатантів. Найвищі середні значення зафіксовано за субшкалою підтримки з боку близької людини (M=4,47±0,03), що вказує на значущість емоційно близьких міжособистісних стосунків у процесі подолання наслідків бойової травматизації. Нижчими виявилися показники сімейної підтримки (M=4,21±0,04). Одержані результати свідчать, що родина залишається провідним ресурсом психологічного відновлення, проте не у всіх випадках здатна забезпечити необхідний рівень емоційної, інформаційної та практичної допомоги. Найнижчі показники отримано за субшкалою підтримки друзів (M=3,58±0,04), що пов'язано зі звуженням соціальних контактів після отримання поранення, труднощами повернення до звичного соціального середовища, зміною способу життя та обмеженням активної участі у соціальній взаємодії.

Загальний показник соціальної підтримки (M=4,09±0,03) відповідає середньому рівню, що свідчить про часткову забезпеченість важкопоранених комбатантів соціальними ресурсами.

З метою визначення ролі соціальної підтримки у структурі соціально-психологічної адаптації проведено кореляційний аналіз між показниками MSPSS та основними психологічними характеристиками досліджуваних (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Кореляційні зв'язки соціальної підтримки з показниками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	0,72	<0,001	Сильний прямий
Суб'єктивне благополуччя	0,76	<0,001	Сильний прямий
Життєстійкість	0,63	<0,001	Сильний прямий
Задоволеність життям	0,68	<0,001	Сильний прямий
Депресія	-0,61	<0,001	Сильний обернений
Тривожність	-0,58	<0,001	Помірно сильний обернений

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Найбільш тісний позитивний зв'язок встановлено між рівнем соціальної підтримки та суб'єктивним благополуччям (r=0,76; p<0,001), що свідчить про основну роль соціального середовища у формуванні позитивного психологічного самопочуття особистості. Сильні прямі зв'язки зафіксовано із соціально-психологічною адаптацією (r=0,72), задоволеністю життям (r=0,68) та життєстійкістю (r=0,63). Одержані результати підтверджують, що наявність стабільних соціальних зв'язків сприяє формуванню адаптивних механізмів подолання труднощів та підвищує ефективність психологічного відновлення після бойового поранення.

Установлено статистично значущі обернені кореляційні зв'язки між соціальною підтримкою та показниками депресії (r=-0,61; p<0,001) і

тривожності (r=-0,58; p<0,001), що свідчить про те, що дефіцит соціальної підтримки асоціюється зі зростанням психоемоційної напруги, погіршенням психологічного стану та підвищенням ризику дезадаптаційних проявів.

Результати дослідження підтверджують, що соціальна підтримка виступає чинником СПА важкопоранених комбатантів та є ресурсом їхнього психологічного відновлення, реабілітації та успішної інтеграції до мирного життя.

Складовою соціально-психологічної адаптації ВК виступає функціонування сімейної системи. Сім'я найчастіше забезпечує тривалу емоційну, матеріальну та соціальну підтримку особистості в умовах переживання наслідків бойової травматизації, фізичних обмежень та необхідності реінтеграції до мирного життя. З метою оцінювання особливостей сімейного функціонування застосовано шкалу сімейної адаптації та згуртованості Д. Олсона, яка дозволяє дослідити рівень емоційної близькості членів родини, ступінь її гнучкості та задоволеність сімейними взаєминами.

Первинний аналіз результатів передбачав визначення типів сімейної згуртованості та адаптації серед важкопоранених комбатантів (рис. 3.11, рис. 3.12).

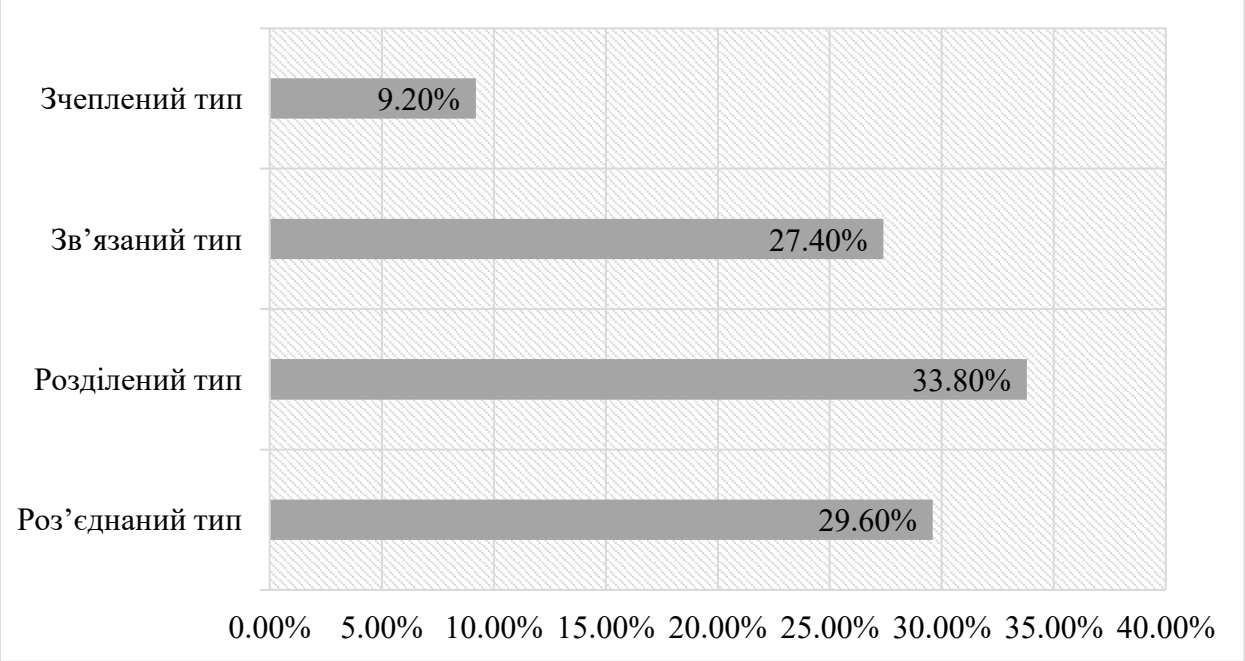


Рис. 3.11. Розподіл важкопоранених комбатантів за типами сімейної згуртованості, %

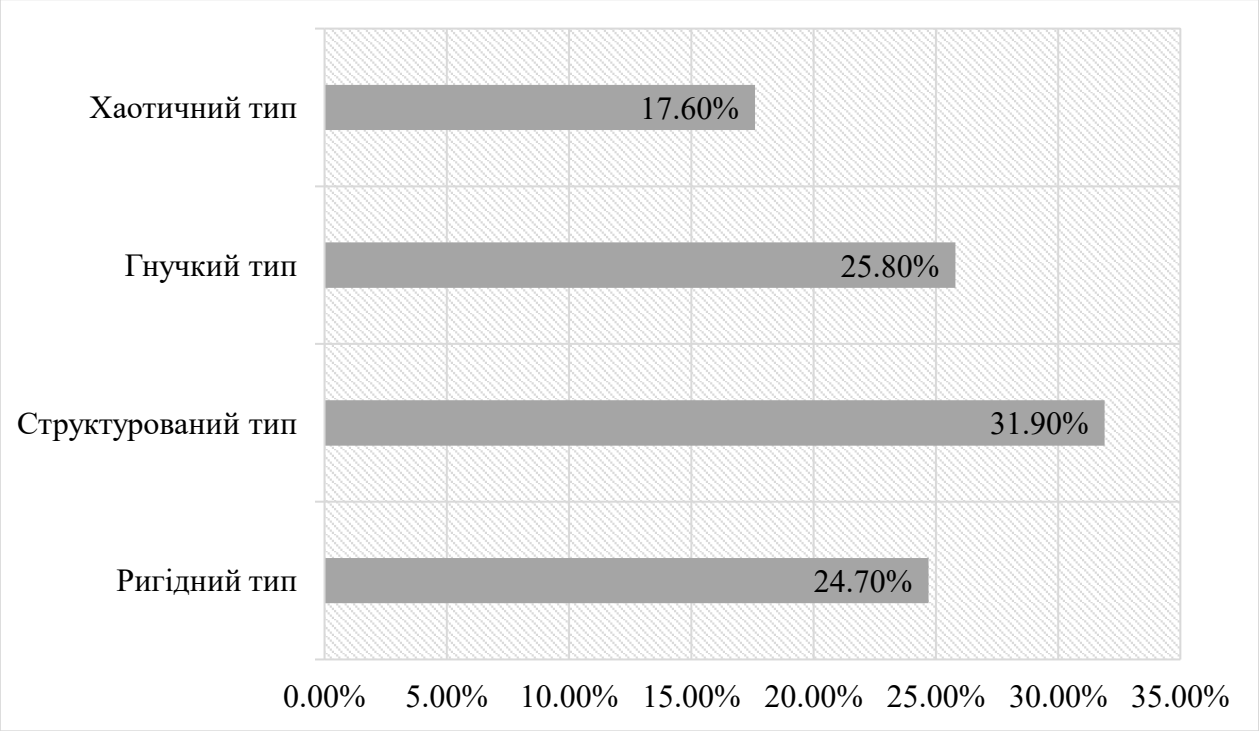


Рис. 3.12. Розподіл важкопоранених комбатантів за типами сімейної адаптації, %

Структура сімейного функціонування важкопоранених комбатантів характеризується неоднорідністю, що відображає різні способи реагування родинної системи на наслідки бойової травматизації та необхідність адаптації до нових життєвих умов.

Серед типів сімейної згуртованості найбільш поширеним виявився розділений тип (33,8 %), який характеризується поєднанням емоційної близькості між членами родини та збереженням достатнього рівня особистісної автономії. Він вважається найбільш функціональним, тому що забезпечує можливість отримання підтримки без надмірної залежності від сімейної системи. Для важкопоранених комбатантів сприяє збереженню відчуття власної самостійності та контролю над життям навіть за умов фізичних обмежень. Частка респондентів із роз’єднаним типом сімейної згуртованості (29,6 %) показує емоційне дистанціювання між членами родини, труднощі взаєморозуміння та недостатню включеність сім’ї у процес психологічного відновлення комбатанта. В окремих випадках ситуація є

наслідком тривалого перебування у зоні бойових дій, зміни сімейних ролей після поранення або накопичення внутрішньосімейних конфліктів, пов’язаних із процесом реабілітації.

Кожен четвертий респондент (27,4 %) продемонстрував зв’язаний тип згуртованості, який характеризується високим рівнем емоційної близькості, взаємної підтримки та залученості членів родини до спільного вирішення життєвих труднощів. Сім’ї часто виступають ресурсом психологічної стабілізації та сприяють успішній соціально-психологічній адаптації важкопоранених комбатантів.

Найменшу частку становить зчеплений тип сімейної згуртованості (9,2 %), який характеризується надмірною взаємозалежністю членів родини та недостатньою особистісною автономією. Незважаючи на високий рівень емоційної підтримки, подібна модель взаємин обмежує розвиток самостійності та формує залежність від сімейного оточення, що не завжди сприяє ефективній адаптації після поранення. Аналіз показників сімейної адаптації засвідчив переважання структурованого типу (31,9 %), який передбачає відносну стабільність сімейної системи при збереженні можливості конструктивного реагування на життєві зміни. Одержаний результат свідчить про те, що частина родин змогла частково перебудувати внутрішньосімейні взаємини відповідно до нових потреб та обставин, спричинених пораненням члена сім’ї.

Майже чверть досліджуваних (24,7 %) характеризуються ригідним типом сімейної адаптації. Для родин властиві жорстко закріплені ролі, труднощі у прийнятті змін і низька гнучкість у розподілі обов’язків. В умовах тривалої реабілітації комбатанта подібні особливості ускладнюють пристосування родини до нових соціальних і побутових вимог.

Гнучкий тип адаптації виявлено у 25,8 % респондентів. Сім’ї демонструють достатню здатність до перерозподілу ролей, спільного прийняття рішень та конструктивного подолання кризових ситуацій. Тип сімейного функціонування вважається сприятливим для забезпечення

успішної СПА важкопоранених комбатантів. У 17,6 % випадків зафіксовано хаотичний тип адаптації, що характеризується нестабільністю сімейних ролей, невизначеністю відповідальності та труднощами організації спільного життя. Сім'ї викликають ризик виникнення додаткових соціально-психологічних труднощів у процесі реабілітації.

Для кількісної оцінки сімейного функціонування проаналізовано середні значення досліджуваних показників (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Середні значення показників сімейної адаптації та згуртованості важкопоранених комбатантів

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Реальна сім'я					
Сімейна згуртованість	38,7	6,8	0,20	38,3–39,1	Розділений тип
Сімейна адаптація	24,1	5,2	0,15	23,8–24,4	Структурований тип
Ідеальна сім'я					
Сімейна згуртованість	44,9	4,7	0,14	44,6–45,2	Зв'язаний тип
Сімейна адаптація	27,8	3,9	0,11	27,6–28,0	Гнучкий тип

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Показник сімейної згуртованості реальної сім'ї (M=38,7±0,20) відповідає розділеному типу функціонування, який характеризується помірним рівнем емоційної близькості між членами родини при збереженні достатньої особистісної автономії. Результат є відносно сприятливим. Він відображає здатність сім'ї поєднувати підтримку з повагою до індивідуальних потреб її членів. Показник ідеальної сімейної згуртованості (M=44,9±0,14) відповідає зв'язаному типу, що свідчить про прагнення респондентів до більшої емоційної близькості, взаєморозуміння та залученості членів родини до спільного переживання труднощів. Виявлена різниця між реальною та бажаною згуртованістю становить 6,2 бали, що вказує на наявність певної незадоволеності якістю емоційних взаємин у родині та прагнення до посилення сімейної підтримки в умовах подолання наслідків бойової травматизації.

Аналогічна тенденція простежується і щодо сімейної адаптації. Середній показник адаптації реальної сім'ї (M=24,1±0,15) відповідає структурованому типу сімейного функціонування, який характеризується відносною стабільністю сімейної системи, чіткістю ролей та відповідальності. Показник ідеальної адаптації (M=27,8±0,11) відповідає гнучкому типу, що відображає бажання респондентів бачити свої сім'ї більш здатними до змін, перерозподілу обов'язків та конструктивного реагування на нові життєві виклики. Різниця між показниками реальної та ідеальної адаптації становить 3,7 бали, що свідчить про потребу досліджуваних у більшій гнучкості сімейної системи та її здатності ефективно реагувати на зміни, пов'язані з лікуванням, реабілітацією та соціальною реінтеграцією ВК.

Результати доводять, що більшість важкопоранених комбатантів оцінюють свої сім'ї як відносно функціональні, проте прагнуть до вищого рівня емоційної близькості, взаємної підтримки та сімейної гнучкості. Виявлені відмінності між реальним і бажаним образом сім'ї є індикатором резервів підвищення ефективності сімейної адаптації та психологічного благополуччя досліджуваних.

З метою оцінювання рівня задоволеності сімейним функціонуванням проаналізовано величину розбіжностей між показниками реальної та ідеальної сім'ї (рис. 3.13).

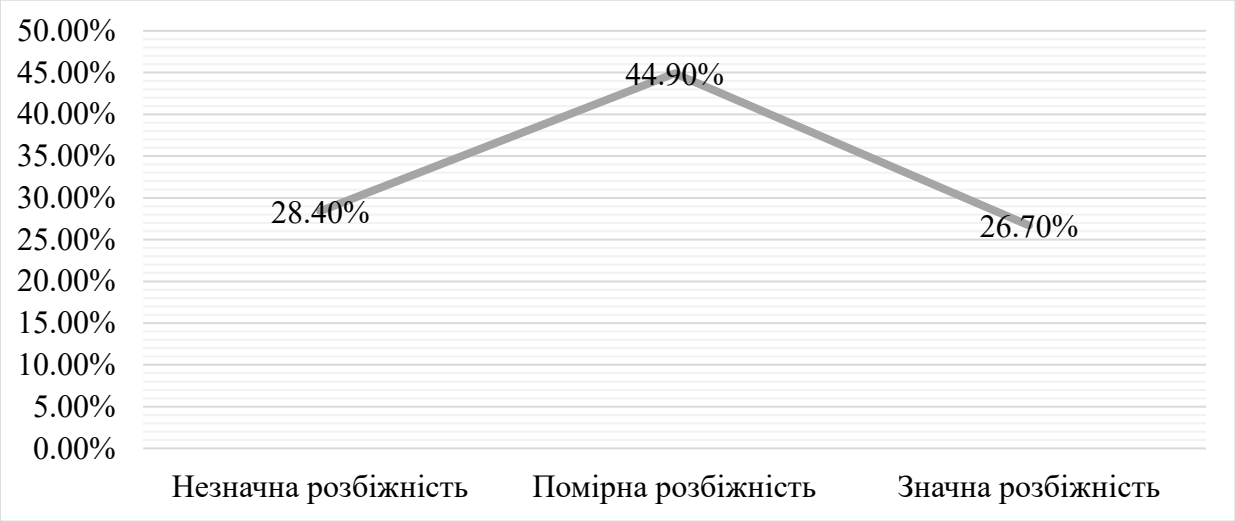


Рис. 3.13. Рівень задоволеності сімейним функціонуванням важкопоранених комбатантів, %

Аналіз результатів свідчить про різний рівень задоволеності важкопоранених комбатантів функціонуванням власної сім'ї. 28,4 % респондентів продемонстрували незначну розбіжність між реальною та ідеальною моделлю сімейних взаємин, що вказує на високий рівень задоволеності сімейним середовищем та його потенціалом підтримки.

Найбільшу частку вибірки становлять особи з помірною розбіжністю між реальною та бажаною моделлю сім'ї (44,9 %). Одержані результати свідчать про задовільне функціонування родини, однак вказують на потребу в посиленні емоційної підтримки, взаєморозуміння та сімейної згуртованості. У 26,7 % досліджуваних зафіксовано значну розбіжність між реальною та ідеальною сім'єю, що свідчить про незадоволеність сімейних взаємин, труднощі адаптації до наслідків поранення та недостатню відповідність сімейного функціонування актуальним потребам комбатанта.

Для визначення ролі сімейного функціонування у структурі соціально-психологічної адаптації було проведено кореляційний аналіз (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Кореляційні зв'язки сімейної адаптації та згуртованості з показниками соціально-психологічної адаптації

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	0,74	<0,001	Сильний прямий
Суб'єктивне благополуччя	0,71	<0,001	Сильний прямий
Життєстійкість	0,59	<0,001	Помірно сильний прямий
Задоволеність життям	0,66	<0,001	Сильний прямий
Депресія	-0,57	<0,001	Помірно сильний обернений
Тривожність	-0,54	<0,001	Помірно сильний обернений

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Результати кореляційного аналізу свідчать про основну роль сімейного функціонування у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Найбільш тісний позитивний зв'язок встановлено між показниками сімейної адаптації та згуртованості і загальним рівнем соціально-психологічної адаптації ($r=0,74$; $p<0,001$), що підтверджує, що сім'я є ресурсом психологічного відновлення та реінтеграції особистості після бойового поранення. Високі позитивні кореляції виявлено із суб'єктивним благополуччям ($r=0,71$; $p<0,001$), задоволеністю життям ($r=0,66$; $p<0,001$) та життєстійкістю ($r=0,59$; $p<0,001$). Результати свідчать, що згуртовані й адаптивні сімейні взаємини сприяють формуванню позитивного емоційного стану, підвищують стійкість до стресу та підтримують особистість у процесі подолання наслідків травматичного досвіду. Установлено статистично значущі обернені зв'язки між показниками сімейного функціонування та рівнем депресії ($r=-0,57$; $p<0,001$) і тривожності ($r=-0,54$; $p<0,001$), що свідчить про те, що дефіцит сімейної підтримки, емоційна дистанційованість або труднощі сімейної адаптації супроводжуються зростанням психоемоційного напруження та погіршенням психологічного стану комбатантів.

Результати підтверджують, що сімейна адаптація та згуртованість належать до провідних соціально-психологічних ресурсів успішної адаптації важкопоранених комбатантів і впливають на їхнє психологічне благополуччя, життєстійкість і якість життя.

З метою поглибленого вивчення ролі сімейного середовища у процесі соціально-психологічної адаптації ВК було застосовано методику «Оцінка сімейної взаємодії в процесі СПА важкопоранених комбатантів», яка дозволяє визначити рівень підтримки, взаєморозуміння, довіри, емоційної близькості та залученості членів родини до процесу відновлення комбатанта після отриманого поранення.

На першому етапі було проаналізовано розподіл респондентів за рівнями сімейної взаємодії (рис. 3.14).

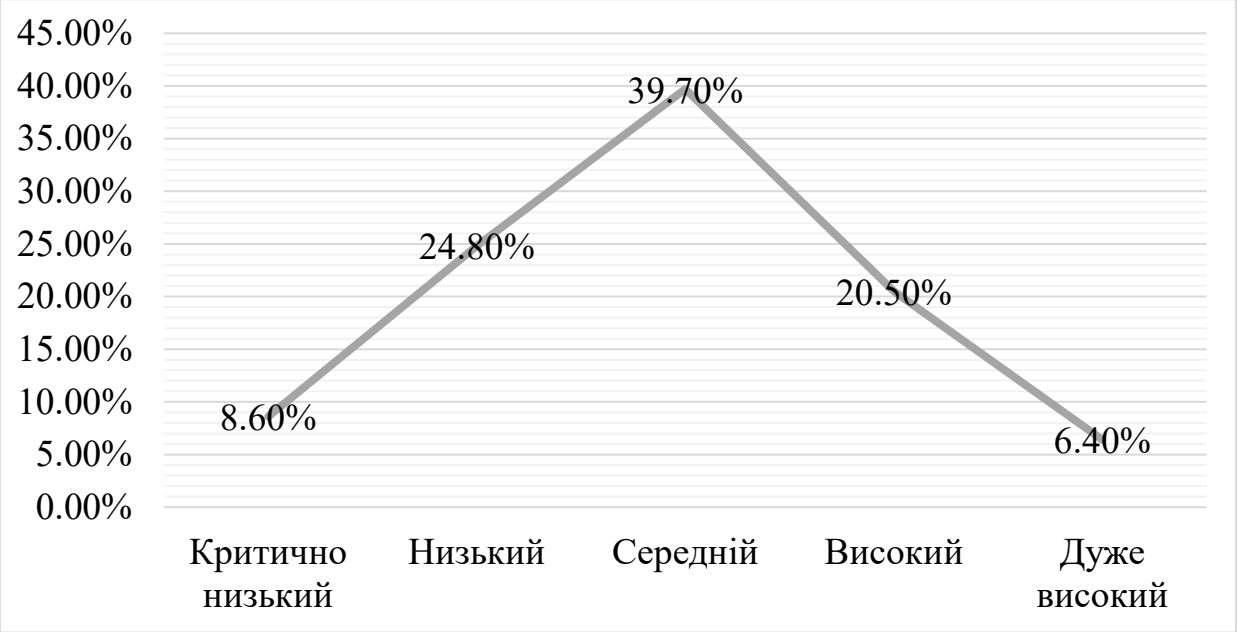


Рис. 3.14. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями сімейної взаємодії, %

Найбільша частка важкопоранених комбатантів характеризується середнім рівнем сімейної взаємодії (39,7 %), що свідчить про позитивне ставлення родини до процесу адаптації комбатанта, однак поряд із підтримкою зберігаються окремі труднощі у взаєморозумінні, прийнятті наслідків поранення та спільному подоланні життєвих проблем. Третина досліджуваних (33,4 %) демонструє низький або критично низький рівень сімейної взаємодії. Для них характерними є переживання недостатньої підтримки, емоційної дистанції, труднощів сімейної комунікації та зниження залученості родини до адаптаційного процесу. Лише 26,9 % комбатантів повідомили про високий або дуже високий рівень сімейної взаємодії, що вказує на наявність стабільного сімейного середовища, в якому відчувають підтримку.

Для кількісної характеристики досліджуваних показників проведено аналіз описової статистики (табл. 3.22).

Середній показник сімейної взаємодії становить M=101,8±0,65 бали, що відповідає середньому рівню. Одержані результати свідчать, що сім’я бере участь у процесі адаптації важкопораненого комбатанта, проте рівень підтримки є недостатньо стабільним і не завжди забезпечує повноцінне задоволення його психологічних потреб.

Таблиця 3.22

Середні значення показників сімейної взаємодії важкопоранених комбатантів

Показник	M	σ	m	95 % ДІ	Рівень
Загальний показник сімейної взаємодії	101,8	22,4	0,65	100,5–103,1	Середній

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Для детальнішого аналізу досліджено розподіл респондентів за рівнями коефіцієнта сімейної адаптаційної підтримки (рис. 3.15).

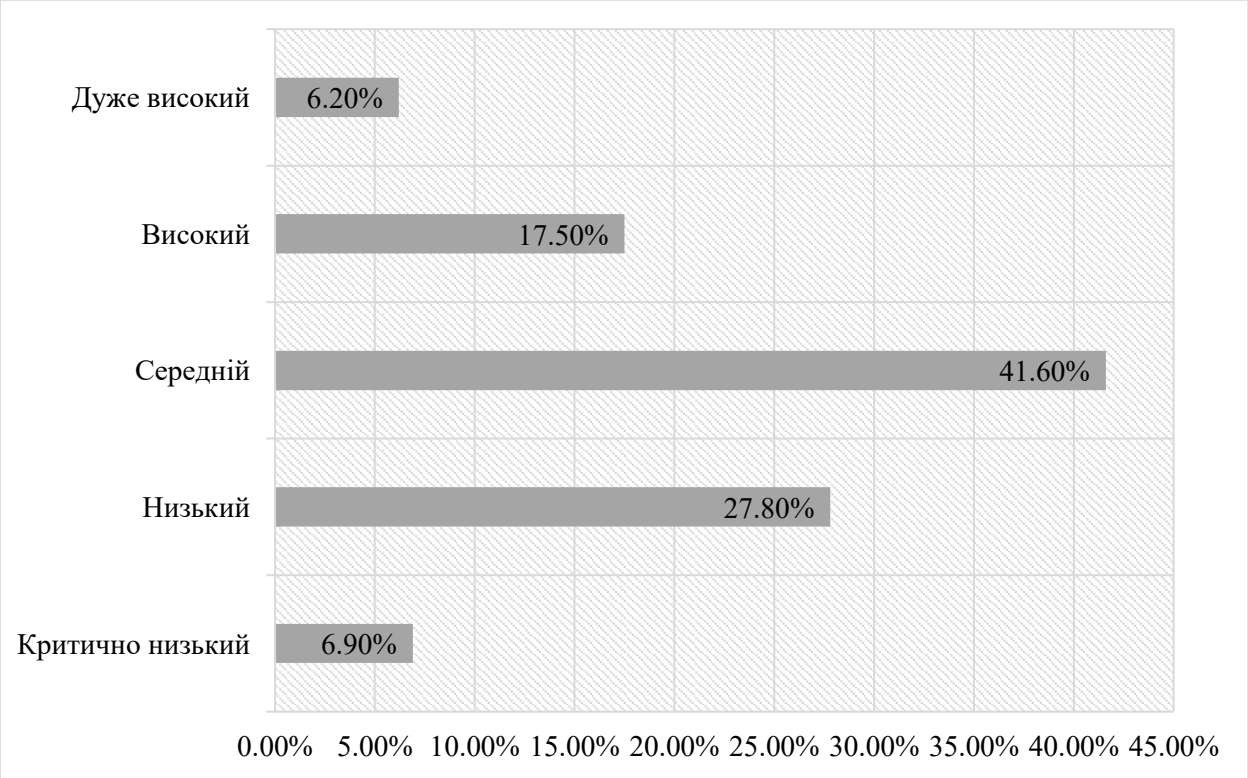


Рис. 3.15. Розподіл важкопоранених комбатантів за рівнями коефіцієнта сімейної адаптаційної підтримки (KSAP), %

Найбільша частка ВК характеризується середнім рівнем сімейної адаптаційної підтримки (41,6 %). Одержаний результат свідчить про те, що родина бере участь у процесі соціально-психологічної адаптації комбатанта, однак її підтримка не завжди забезпечує належний рівень емоційної, психологічної й соціальної допомоги.

Низький рівень коефіцієнта сімейної адаптаційної підтримки виявлено у 27,8 % досліджуваних, а критично низький – у 6,9 %. Понад третина респондентів (34,7 %) відчуває недостатню залученість родини до процесу власного відновлення та адаптації, для якої характерні труднощі сімейної комунікації, емоційна дистанційованість, дефіцит підтримки або обмежені ресурси сімейного середовища для подолання наслідків бойового поранення.

Високий рівень сімейної адаптаційної підтримки встановлено у 17,5 % важкопоранених комбатантів. Дуже високий рівень зафіксовано лише у 6,2 % респондентів. Для них сім'я виступає основним ресурсом соціально-психологічного відновлення, забезпечуючи атмосферу довіри, взаєморозуміння, емоційної близькості та активної участі у вирішенні адаптаційних труднощів.

Результати свідчать, що 23,7 % досліджуваних сприймають сімейне середовище як ефективний ресурс адаптації, але для більшості важкопоранених комбатантів зберігається потреба у посиленні підтримки родини.

Для визначення місця сімейної взаємодії у структурі соціально-психологічної адаптації проведено кореляційний аналіз (табл. 3.23).

Таблиця 3.23

Кореляційні зв'язки показників сімейної взаємодії з показниками соціально-психологічної адаптації

Показник	r Пірсона	p	Сила зв'язку
Соціально-психологічна адаптація	0,78	<0,001	Сильний прямий
Суб'єктивне благополуччя	0,74	<0,001	Сильний прямий
Задоволеність життям	0,69	<0,001	Сильний прямий
Життєстійкість	0,63	<0,001	Помірно сильний прямий
Депресія	-0,61	<0,001	Помірно сильний обернений
Тривожність	-0,58	<0,001	Помірно сильний обернений

Примітка. r – коефіцієнт кореляції Пірсона; p – рівень статистичної значущості. Від'ємні значення r свідчать про обернений зв'язок між показниками. Статистично значущими вважаються зв'язки при p<0,05.

Результати кореляційного аналізу свідчать про основну роль сімейної взаємодії у процесі СПА важкопоранених комбатантів. Найбільш тісний зв'язок встановлено між показниками сімейної взаємодії та загальним рівнем соціально-психологічної адаптації (r=0,78; p<0,001), що вказує на визначальне значення родинного середовища у відновленні особистісного та соціального функціонування після бойового поранення. Високі позитивні кореляції виявлено із суб'єктивним благополуччям (r=0,74; p<0,001), задоволеністю життям (r=0,69; p<0,001) та життєстійкістю (r=0,63; p<0,001). Одержані результати дають підстави стверджувати, що атмосфера довіри, підтримки та взаєморозуміння в родині сприяє формуванню позитивного емоційного стану, підвищенню адаптаційних можливостей особистості та зміцненню внутрішніх ресурсів подолання наслідків травматичного досвіду.

Установлено статистично значущі обернені зв'язки між показниками сімейної взаємодії та рівнем депресії (r=-0,61; p<0,001) і тривожності (r=-0,58; p<0,001), що свідчить про те, що недостатність сімейної підтримки, емоційна дистанція або труднощі внутрішньосімейної взаємодії супроводжуються посиленням негативних емоційних переживань та погіршенням психологічного стану комбатантів.

Результати також підтверджують, що сімейна взаємодія виступає провідним соціально-психологічним ресурсом адаптації важкопоранених комбатантів, впливаючи на їхнє психологічне благополуччя, життєстійкість та успішність інтеграції до умов мирного життя.

З метою поглиблення інтерпретації результатів констатувального етапу дослідження та перевірки змістової валідності методики «Оцінка сімейної взаємодії в процесі СПА важкопоранених комбатантів» було залучено додаткову експертно-допоміжну вибірку чисельністю 278 осіб. До її складу увійшли члени сімей ВК, практичні психологи та фахівці соціальної сфери, які

безпосередньо залучені до процесів психологічного супроводу, соціальної підтримки та реабілітації військовослужбовців.

На цьому етапі дослідження проводилися напівструктуровані інтерв'ю, експертне оцінювання змісту методики та визначення значущості окремих компонентів сімейної взаємодії для успішної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Експертам було запропоновано оцінити важливість кожного компонента за п'ятибальною шкалою, де 1 бал означав мінімальну значущість показника, а 5 балів – максимальну значущість.

Результати експертного оцінювання наведено в табл. 3.24.

Таблиця 3.24

Результати експертного оцінювання значущості компонентів сімейної взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Компонент сімейної взаємодії	M	σ	m	95 % ДІ	Ранг
Емоційна підтримка з боку родини	4,78	0,46	0,03	4,73–4,83	1
Взаєморозуміння між членами сім'ї	4,65	0,53	0,03	4,59–4,71	2
Довіра у сімейних взаєминах	4,59	0,58	0,03	4,52–4,66	3
Активна участь родини у реабілітації	4,54	0,61	0,04	4,47–4,61	4
Готовність до перерозподілу сімейних ролей	4,41	0,69	0,04	4,33–4,49	5
Підтримка самостійності комбатанта	4,33	0,72	0,04	4,25–4,41	6
Інформованість членів сім'ї щодо особливостей адаптації	4,19	0,77	0,05	4,10–4,28	7

Примітка. M – середнє арифметичне; σ – стандартне відхилення; m – помилка середнього арифметичного; 95 % ДІ – 95 % довірчий інтервал середнього значення.

Усі досліджувані компоненти сімейної взаємодії отримали високі експертні оцінки, що свідчить про визнання їхньої ролі у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Одержані результати демонструють високий рівень узгодженості позицій членів сімей, практичних психологів та фахівців соціальної сфери щодо значущості сімейного

середовища як ресурсу психологічного відновлення та соціальної реінтеграції особистості після бойового поранення.

Найвищий щабель посіла емоційна підтримка з боку родини (M=4,78±0,03), яку експерти розглядають як основну умову формування відчуття безпеки, прийняття та психологічної захищеності комбатанта. Друге місце посіло взаєморозуміння між членами сім'ї (M=4,65±0,03), що забезпечує конструктивне подолання труднощів адаптаційного періоду та сприяє зниженню внутрішньосімейної напруженості. Високі оцінки отримали довіра у сімейних взаєминах (M=4,59±0,03) та активна участь родини у лікуванні й реабілітації комбатанта (M=4,54±0,04). За результатами напівструктурованих інтерв'ю чинники найчастіше визначалися експертами як передумови формування сприятливого психологічного клімату в сім'ї та підтримання мотивації до відновлення після поранення.

Порівняно нижчі, однак також високі показники отримали готовність до перерозподілу сімейних ролей (M=4,41±0,04), підтримка самостійності комбатанта (M=4,33±0,04) та інформованість членів сім'ї щодо особливостей соціально-психологічної адаптації після поранення (M=4,19±0,05). Результати свідчать про необхідність посилення психоосвітньої роботи з родинами та підвищення рівня їхньої психологічної компетентності щодо особливостей відновлення важкопоранених комбатантів.

Порівняння результатів експертного оцінювання з даними основної вибірки ВК засвідчило високий рівень змістової відповідності одержаних результатів. Найбільш значущі компоненти, визначені експертами, узгоджуються з результатами дослідження сімейної адаптації, сімейної взаємодії, соціальної підтримки, суб'єктивного благополуччя та загального рівня СПА, отриманими на констатувальному етапі дослідження.

Таким чином, результати експертного оцінювання підтвердили змістову валідність методики «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів». Отримані дані дозволяють розглядати

сімейне середовище як основний соціально-психологічний ресурс успішної адаптації важкопоранених комбатантів до умов мирного життя.

3.2. Структурно-функціональна модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

З метою інтеграції результатів констатувального етапу дослідження та визначення латентної структури соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів було проведено факторний аналіз методом головних компонент із варімакс-обертанням. До аналізу включено показники соціально-психологічної адаптації, задоволеності життям, суб'єктивного благополуччя, життєстійкості, депресії, тривожності, соціальної підтримки, сімейної адаптації та сімейної взаємодії.

Попередня перевірка придатності даних до факторизації підтвердила коректність застосування факторного аналізу (KMO=0,891; критерій сферичності Бартлетта x^2=6854,32; p<0,001). Результати факторного аналізу наведено у табл. 3.25.

Таблиця 3.25

Факторна структура соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Показник	Фактор 1. Особистісно-адаптаційний ресурс	Фактор 2. Емоційно-дезадаптаційний компонент	Фактор 3. Сімейно-підтримувальний компонент	Фактор 4. Соціально-реінтеграційний компонент
Соціально-психологічна адаптація	0,842	-0,214	0,198	0,176
Життєстійкість	0,817	-0,189	0,165	0,208
Задоволеність життям	0,791	-0,243	0,219	0,174
Суб'єктивне благополуччя	0,776	-0,281	0,236	0,188
Самоприйняття	0,748	-0,227	0,143	0,119
Депресія	-0,256	0,861	-0,148	-0,103
Тривожність	-0,233	0,847	-0,127	-0,114
Фрустрація	-0,205	0,794	-0,102	-0,118
Ригідність	-0,176	0,716	-0,091	-0,123

Соціальна підтримка	0,187	-0,138	0,841	0,204
Сімейна адаптаці	0,204	-0,119	0,824	0,176
Сімейна взаємодія	0,239	-0,151	0,812	0,188
Сімейна згуртованість	0,172	-0,103	0,781	0,156
Соціальний тип особистості	0,154	-0,081	0,203	0,746
Підприємливий тип	0,196	-0,117	0,154	0,711
Соціальні взає-мини (БіБіСі)	0,281	-0,136	0,307	0,694

Примітка. Факторні навантаження ≥ 0,60; метод екстракції – головні компоненти; метод обертання – Varimax з нормалізацією Кайзера.

Аналіз факторних навантажень дозволив виокремити чотири з них, які взаємопов'язані між собою і відображають цілісну структуру соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Перший фактор об'єднав показники соціально-психологічної адаптації (0,842), життєстійкості (0,817), задоволеності життям (0,791), суб'єктивного благополуччя (0,776) та самоприйняття (0,748). Високі факторні навантаження свідчать про роль внутрішніх особистісних ресурсів у процесі адаптації після бойового поранення. Сукупність характеристик відображає здатність особистості зберігати позитивне ставлення до себе, підтримувати психологічну рівновагу, долати труднощі та зберігати життєву перспективу. З огляду на зміст змінних фактор було інтерпретовано як «Особистісно-адаптаційний ресурс».

Другий фактор характеризується високими навантаженнями показників депресії (0,861), тривожності (0,847), фрустрації (0,794) та ригідності (0,716). Одержані результати свідчать про існування окремого комплексу психоемоційних порушень, які виступають основними чинниками психологічної дезадаптації важкопоранених комбатантів. Встановлена структура підтверджує результати попередніх кореляційних аналізів, де депресія та тривожність демонстрували найтісніші негативні зв'язки з

показниками адаптації, благополуччя та життєстійкості. Враховуючи зміст показників, фактор отримав назву «Емоційно-дезадаптаційний компонент».

Третій фактор сформували показники СП (0,841), сімейної адаптації (0,824), сімейної взаємодії (0,812) та сімейної згуртованості (0,781). Отримана конфігурація підтверджує провідну роль сімейного середовища та соціального оточення у процесі психологічного відновлення важкопоранених комбатантів. До складу фактора увійшла методика оцінки сімейної взаємодії, результати якої узгоджуються з показниками сімейної адаптації та соціальної підтримки, що додатково підтверджує її змістову валідність. Фактор було визначено як «Сімейно-підтримувальний компонент».

Четвертий фактор представлений соціальним типом особистості (0,746), підприємливим типом особистості (0,711) та показниками соціальних взаємин (0,694). Зміст фактору відображає здатність особистості до соціальної активності, професійної самореалізації, встановлення міжособистісних контактів та відновлення соціальних ролей після поранення. Характеристики забезпечують успішну інтеграцію ВК у цивільне середовище. Тому фактор було інтерпретовано як «Соціально-реінтеграційний компонент».

Результати факторного аналізу підтвердили багатокомпонентну структуру СПА важкопоранених комбатантів. Установлено, що адаптаційний процес визначається взаємодією чотирьох основних складових: особистісно-адаптаційних ресурсів, емоційно-дезадаптаційних проявів, сімейно-підтримувальних ресурсів та соціально-реінтеграційного потенціалу.

З метою визначення внеску кожного з виділених факторів у загальну структуру соціально-психологічної адаптації проаналізовано показники поясненої дисперсії (табл. 3.26).

Таблиця 3.26

Показники поясненої дисперсії факторної моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Фактор	Власне значення фактора (Eigenvalue)	Частка поясненої дисперсії, %	Кумулятивна дисперсія, %
Фактор 1. Особистісно-адаптаційний ресурс	4,96	31,0	31
Фактор 2. Емоційно-дезадаптаційний компонент	3,41	21,3	52,3
Фактор 3. Сімейно-підтримувальний компонент	2,47	15,4	67,7
Фактор 4. Соціально-реінтеграційний компонент	1,84	11,5	79,2

Найбільший внесок у структуру досліджуваного феномена здійснює фактор «Особистісно-адаптаційний ресурс», який пояснює 31 % загальної дисперсії. Одержаний результат свідчить, що провідну роль у процесі адаптації важкопоранених комбатантів відіграють внутрішні психологічні ресурси особистості: життєстійкість, самоприйняття, задоволеність життям, суб'єктивне благополуччя та загальна адаптивність. Характеристики забезпечують здатність особистості конструктивно долати наслідки бойової травматизації та підтримувати психологічну стабільність в умовах змінених життєвих обставин.

Другий фактор «Емоційно-дезадаптаційний компонент» пояснює 21,3 % загальної дисперсії. Його структура представлена депресивними переживаннями, тривожністю, фрустрацією та ригідністю. Результати підтверджують, що негативні емоційні стани виступають механізмом порушення адаптаційних процесів та впливають на ефективність психологічного відновлення важкопоранених комбатантів.

Третій фактор «Сімейно-підтримувальний компонент» пояснює 15,4 % загальної дисперсії. До його структури увійшли показники соціальної підтримки, сімейної адаптації, сімейної згуртованості та сімейної взаємодії. Одержані результати підтверджують провідне значення сімейного середовища та найближчого соціального оточення як ресурсу соціально-психологічної адаптації. Високі показники методики у структурі фактора підтверджують її діагностичну інформативність та змістову валідність.

Четвертий фактор «Соціально-реінтеграційний компонент» пояснює 11,5 % загальної дисперсії. Його зміст відображає значення професійної спрямованості, соціальної активності та міжособистісної взаємодії у процесі повернення важкопоранених комбатантів до повноцінного функціонування в цивільному суспільстві.

Загалом виділені фактори пояснюють 79,2 % загальної дисперсії досліджуваних показників, що свідчить про високий рівень структурної узгодженості побудованої моделі та підтверджує комплексний характер соціально-психологічної адаптації ВК. Одержані результати дозволяють розглядати особистісні ресурси, емоційний стан, сімейну підтримку та соціальну реінтеграцію як основні складові адаптаційного процесу.

Для перевірки особливостей перебігу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів на різних етапах після поранення було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Як незалежну змінну використано термін після отримання бойового поранення: до 6 місяців (гостра післятравматична фаза), від 6 до 12 місяців (фаза відносної стабілізації стану) та понад 12 місяців (етап соціальної реінтеграції). Залежними змінними виступили показники СПА, суб’єктивного благополуччя, життєстійкості, депресії, тривожності, сімейної взаємодії та соціальної підтримки. Результати дисперсійного аналізу наведено в табл. 3.27.

Таблиця 3.27

Динаміка показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залежно від терміну після поранення

Показник	До 6 міс.	6–12 міс.	Понад 12 міс.	F	p
Соціально-психологічна адаптація	94,2	103,8	111,6	38,41	<0,001
Суб’єктивне благополуччя	72,1	81,5	89,8	42,73	<0,001
Життєстійкість	17,6	21,3	25,1	31,54	<0,001
Депресія	24,6	19,2	15,3	36,88	<0,001
Тривожність	22,8	18,7	14,9	41,25	<0,001
Сімейна взаємодія	94,5	102,7	109,6	27,63	<0,001
Соціальна підтримка	68,4	74,9	82,1	29,74	<0,001

Примітка. F – критерій Фішера; p – рівень статистичної значущості.

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично значущі відмінності між групами важкопоранених комбатантів залежно від терміну після поранення за всіма досліджуваними показниками ($p<0,001$). Отримані дані свідчать про наявність вираженої позитивної динаміки соціально-психологічної адаптації в процесі реабілітації та повернення до мирного життя.

Найбільш суттєві зміни виявлено за показником СПА. Середній показник адаптації зріс із 94,2 бали у групі комбатантів із терміном після поранення до 6 місяців до 103,8 бали у групі 6–12 місяців та до 111,6 бали серед осіб, які перебували на етапі реінтеграції понад 12 місяців ($F=38,41$; $p<0,001$). Одержані результати свідчать про поступове відновлення адаптаційних механізмів і формування більш ефективних стратегій пристосування до нових життєвих умов.

Якщо у гострій післятравматичній фазі середнє значення суб'єктивного бллагополуччя становило 72,1 бали, то через 6–12 місяців воно зросло до 81,5 бали, а після року – до 89,8 бали ($F=42,73$; $p<0,001$). Таким чином, зі збільшенням часу, що минув від моменту поранення, спостерігається підвищення рівня психологічного комфорту, задоволеності життям та позитивного емоційного самопочуття.

Показники життєстійкості демонструють статистично значуще зростання від 17,6 бали у перші шість місяців після поранення до 21,3 бали через 6–12 місяців і 25,1 бали після року реабілітації ($F=31,54$; $p<0,001$), що свідчить про поступове відновлення здатності особистості ефективно долати труднощі, підтримувати активність та зберігати контроль над власним життям попри наслідки бойового поранення.

За показниками депресії та тривожності спостерігається протилежна тенденція. Рівень депресії зменшується з 24,6 бали у перші шість місяців після поранення до 19,2 бали через 6–12 місяців та до 15,3 бали після року реабілітації ($F=36,88$; $p<0,001$). Подібна динаміка виявлена щодо тривожності: її середній показник знизився з 22,8 до 18,7 та 14,9 бали відповідно ($F=41,25$; $p<0,001$). Одержані результати свідчать про поступове послаблення емоційної напруженості та зменшення проявів психологічної дезадаптації. Зміни встановлено у сфері соціального та сімейного функціонування. Показник сімейної взаємодії зріс із 94,5 бали серед комбатантів із терміном після поранення до 6 місяців до 102,7 бали через 6–12 місяців і до 109,6 бали після року реабілітації ($F=27,63$; $p<0,001$). Аналогічно підвищувався рівень СП: від 68,4 бали до 74,9 та 82,1 бали відповідно ($F=29,74$; $p<0,001$), що підтверджує, що зі збільшенням тривалості реабілітаційного процесу відбувається поступове відновлення міжособистісних зв'язків, посилення сімейної згуртованості та активізація підтримувальних ресурсів соціального середовища.

Одержані результати узгоджуються з даними факторного аналізу, відповідно до яких особистісно-адаптаційний ресурс та сімейно-

підтримувальний компонент виступають провідними чинниками успішної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Дисперсійний аналіз підтверджує, що позитивні зміни спостерігаються після завершення першого року реабілітації, коли відбувається одночасне зростання адаптаційних ресурсів, покращення психологічного благополуччя та зниження рівня емоційної дезадаптації.

Проведене емпіричне дослідження дало змогу здійснити комплексний аналіз соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів та виявити систему взаємопов'язаних особистісних, емоційних, сімейних і соціальних чинників, які визначають успішність їхнього відновлення після бойового поранення.

Результати констатувального етапу засвідчили, що процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів характеризується неоднорідністю та внутрішньою суперечливістю. Лише 18,7 % досліджуваних продемонстрували високий рівень СПА. 37,8 % респондентів характеризувалися низьким рівнем адаптованості. Найбільшу частку вибірки становили особи із середнім рівнем адаптації (43,5 %), що свідчить про часткове відновлення адаптаційного потенціалу за наявності суттєвих труднощів особистісного та соціального функціонування.

За допомогою кількісного аналізу результатів за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда встановлено поєднання відносно збережених адаптаційних ресурсів із вираженими проявами дезадаптації. Поряд із достатнім рівнем внутрішнього контролю та самоприйняття виявлено високі показники емоційного дискомфорту, неприйняття себе, соціальної дистанційованості та ескапізму. Одержані результати свідчать про складність процесу інтеграції наслідків бойового поранення у структуру особистості та необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки.

Установлено, що складовою адаптаційного процесу виступає суб'єктивне благополуччя. Майже половина респондентів продемонструвала низький рівень загального благополуччя, а найнижчі

показники були зафіксовані у сфері фізичного здоров'я та благополуччя. Факторний аналіз дав змогу виокремити три взаємопов'язані компоненти суб'єктивного благополуччя – особистісно-психологічний, фізично-реабілітаційний та соціально-підтримувальний, які сукупно пояснюють 68,4 % загальної дисперсії досліджуваного феномена.

Переважання середнього та низького рівнів життєстійкості у понад 70 % вибірки свідчить про недостатню сформованість внутрішніх ресурсів подолання наслідків бойової травматизації. Встановлені сильні позитивні зв'язки життєстійкості із соціально-психологічною адаптацією, суб'єктивним благополуччям та задоволеністю життям підтверджують її системоутворюючу роль у процесі психологічного відновлення особистості. Чинниками дезадаптації виступають депресивні та тривожні переживання. Результати дослідження показали, що понад 80 % важкопоранених комбатантів мають різний ступінь вираженості депресивної симптоматики, а майже 70 % характеризуються середнім або високим рівнем тривожності. Встановлено сильні обернені кореляційні зв'язки депресії та тривожності із СПА, життєстійкістю, суб'єктивним благополуччям і задоволеністю життям, що дозволяє розглядати зазначені показники як основні психологічні чинники ризику дезадаптації.

Аналіз професійної спрямованості засвідчив домінування реалістичного та соціального типів особистості. Одержані результати свідчать про збереження потреби комбатантів у професійній самореалізації, соціальній корисності й активній життєвій позиції. Переважання реалістичного типу в умовах фізичних обмежень після поранення виступає додатковим джерелом психологічного напруження та професійної дезадаптації.

Дослідження соціальної підтримки підтвердило її провідне значення у процесі адаптації. Встановлено сильні позитивні взаємозв'язки між рівнем соціальної підтримки та показниками соціально-психологічної адаптації, суб'єктивного благополуччя, життєстійкості та задоволеності життям.

Майже третина респондентів повідомила про недостатній рівень підтримки з боку соціального оточення, що підвищує ризик розвитку емоційного неблагополуччя та ускладнює процес соціальної реінтеграції. Результати дослідження сімейної адаптації, згуртованості та сімейної взаємодії засвідчили, що якість сімейних взаємин безпосередньо пов'язана з рівнем психологічного благополуччя, життєстійкості та соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Найбільш тісні кореляційні зв'язки встановлено між сімейною взаємодією та загальним рівнем соціально-психологічної адаптації ($r=0,78$; $p<0,001$), що дозволяє розглядати сім'ю як основний ресурс відновлення особистості після бойового поранення. Додаткове залучення експертно-допоміжної вибірки чисельністю 278 осіб, до складу якої увійшли члени сімей ВК, практичні психологи та фахівці соціальної сфери, дало змогу підтвердити змістову валідність методики «Оцінка сімейної взаємодії в процесі СПА важкопоранених комбатантів». Результати експертного оцінювання засвідчили, що найбільш значущими компонентами сімейної взаємодії є емоційна підтримка, взаєморозуміння, довіра та активна участь родини у процесі реабілітації комбатанта.

Проведений дисперсійний аналіз дозволив встановити виражену часову динаміку соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Виявлено, що найнижчі показники СПА, життєстійкості, суб'єктивного благополуччя, сімейної взаємодії та соціальної підтримки спостерігаються у перші шість місяців після поранення. На етапі понад 12 місяців після травматизації фіксується статистично значуще покращення адаптаційних показників та зниження рівня депресивних і тривожних переживань. Результати свідчать про поступове відновлення особистісних і соціальних ресурсів у процесі реабілітації та повернення до мирного життя.

Одержані результати свідчать, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів має комплексний характер і залежить від узгодженої взаємодії особистісних ресурсів, емоційного стану, сімейного

середовища, соціальної підтримки та можливостей подальшої соціальної реінтеграції.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження підтвердили наявність комплексу психологічних та соціальних труднощів, які ускладнюють процес адаптації ВК до умов мирного життя. Виявлені особливості адаптаційного процесу, значна поширеність депресивних і тривожних переживань, недостатній рівень життєстійкості, обмеженість соціальної підтримки та наявність труднощів сімейної взаємодії обумовлюють необхідність розроблення та впровадження комплексної програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Висновки до розділу

У розділі представлено результати емпіричної перевірки висунутих робочих гіпотез щодо закономірностей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Встановлено структуру соціально-психологічної адаптації, виявлено позитивні зв'язки її рівня з показниками життєстійкості, суб'єктивного благополуччя, задоволеності життям, самоприйняття та соціальною підтримкою, а також підтверджено негативний вплив депресивності, тривожності, емоційного дискомфорту, фрустрації й ригідності на процес адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Доведено визначальну роль соціальної підтримки, сімейної згуртованості, адаптації та конструктивної взаємодії як провідних ресурсів психологічного відновлення важкопоранених комбатантів. Виявлено статистично значущі відмінності у показниках соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залежно від часу, що минув після поранення, та особливостей функціонування.

На основі комплексного психодіагностичного дослідження встановлено, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів до мирного життя характеризується неоднорідністю та визначається взаємодією особистісних, емоційних, сімейних і соціальних чинників. Виявлено, що поряд із наявністю окремих адаптаційних ресурсів значна частина досліджуваних характеризується низьким рівнем соціально-психологічної адаптації, емоційним дискомфортом, недостатнім самоприйняттям, підвищеною схильністю до уникаючої поведінки, зниженим рівнем суб'єктивного благополуччя, недостатньою життєстійкістю, високими показниками депресивності та тривожності, що ускладнює процес їх повернення до повноцінного функціонування у мирному соціальному середовищі.

З'ясовано, що суб'єктивне благополуччя, задоволеність життям, життєстійкість, самоприйняття та внутрішній локус контролю виступають

провідними внутрішніми ресурсами соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Депресивність, тривожність, фрустрація, ригідність, емоційний дискомфорт і схильність до ескапізму визначено як основні психологічні чинники дезадаптації. Кореляційний аналіз виявив сильні позитивні зв'язки соціально-психологічної адаптації із суб'єктивним благополуччям ($r=0,74$; $p<0,001$), життєстійкістю ($r=0,68$; $p<0,001$) та задоволеністю життям ($r=0,67$; $p<0,001$), а також сильні негативні зв'язки з депресивністю ($r=-0,74$; $p<0,001$) і тривожністю ($r=-0,72$; $p<0,001$).

Доведено, що соціальна підтримка, сімейна згуртованість, адаптація та якість сімейної взаємодії мають сильні позитивні зв'язки із соціально-психологічною адаптацією важкопоранених комбатантів, їх життєстійкістю, суб'єктивним благополуччям і задоволеністю життям, недостатність яких, у свою чергу, супроводжується зростанням рівнів депресії, тривожності та психологічної дезадаптації. Соціальна підтримка корелювала із соціально-психологічною адаптацією ($r=0,72$; $p<0,001$), суб'єктивним благополуччям ($r=0,76$; $p<0,001$) та життєстійкістю ($r=0,63$; $p<0,001$), а сімейна взаємодія – із соціально-психологічною адаптацією ($r=0,78$; $p<0,001$).

Підтверджено валідність методики «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів», що дала змогу визначити значущі складові сімейної підтримки: емоційну близькість, взаєморозуміння, довіру, конструктивну комунікацію та активну участь родини у процесі психологічного відновлення важкопоранених комбатантів.

Виявлено особливості професійної спрямованості важкопоранених комбатантів. Установлено переважання реалістичного та соціального типів особистості, що свідчить про збереження орієнтації на практичну діяльність і суспільно корисну взаємодію. Доведено, що домінування реалістичного професійного типу в умовах фізичних обмежень після бойового поранення виступає додатковим чинником професійної та соціально-психологічної дезадаптації.

Результати факторного аналізу вперше визначено структурно-функціональну модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, яка включає чотири компоненти: особистісно-адаптаційний; емоційно-регулятивний; сімейно-підтримувальний; соціально-реінтеграційний.

Чотирифакторна модель пояснює 79,2% загальної дисперсії (KMO=0,891; $p<0,001$), що підтверджує її структурну цілісність. Їх взаємодія визначає успішність адаптації особистості після бойового поранення.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.9; 2.10; 2.13; 2.28; 3.11].

РОЗДІЛ 4

ОБ'ЄКТИВНІ ТА СУБ'ЄКТИВНІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

4.1. Наукові підходи до визначення об'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів охоплює відновлення порушених зв'язків особистості із соціальним середовищем, реконструкцію життєвих перспектив, формування нових моделей соціального функціонування та інтеграцію травматичного досвіду в подальший життєвий шлях.

На відміну від військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій без тяжких фізичних ушкоджень, важкопоранені комбатанти одночасно переживають наслідки бойової психотравматизації, втрату або обмеження фізичних функцій, тривале лікування, зміну соціального статусу, професійної ролі та звичних способів взаємодії із соціальним оточенням. Успішність адаптації визначається індивідуально-психологічними характеристиками особистості, комплексом зовнішніх умов, які можуть сприяти відновленню або істотно ускладнювати процес.

У сучасній психології адаптації військовослужбовців простежується стійка тенденція до зміщення наукового інтересу від винятково особистісних ресурсів до аналізу взаємодії особистості із соціальним середовищем. Ракурс розгляду відповідає сучасним біопсихосоціальним моделям здоров'я, відповідно до яких результати реабілітації залежать від взаємодії медичних,

психологічних, соціальних, економічних, організаційних та правових чинників. Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів не може бути пояснена лише рівнем резильєнтності, копінг-стратегій чи мотивації особистості, тому що навіть високий адаптаційний потенціал не забезпечує успішної інтеграції за відсутності належної медичної допомоги, психологічного супроводу, державної підтримки, доступної реабілітаційної інфраструктури та сприятливого соціального середовища.

Результати проведеного дисертаційного дослідження підтвердили, що характер перебігу соціально-психологічної адаптації ВК визначається внутрішніми психологічними ресурсами особистості й умовами, в яких відбувається її післябойове відновлення. Виявлені відмінності у рівнях адаптованості, психологічного благополуччя, соціальної активності, професійної визначеності та якості міжособистісних взаємин свідчать про вплив зовнішніх умов на успішність адаптаційного процесу. Одержані емпіричні результати засвідчили необхідність розглядати СПА важкопоранених комбатантів як результат взаємодії внутрішніх ресурсів особистості та системи зовнішніх чинників, що створюють або обмежують можливості для її повноцінного функціонування у мирному житті.

Подібний підхід поступово знаходить відображення і в сучасних наукових дослідженнях. Відповідну наукову позицію обґрунтовує О. Сафін, наголошуючи, що психологічна реадаптація не повинна обмежуватися корекцією симптоматики посттравматичних порушень, а має охоплювати відновлення соціального статусу, адаптаційного потенціалу, життєвої перспективи та інтеграцію особистості у систему мирних соціальних відносин [274, с. 40].

Аналогічної позиції дотримуються О. Буряк, М. Гіневський та Г. Катеруша, які розглядають ПР як багатокомпонентний процес, що поєднує медичну, психологічну, соціальну, професійну, інформаційну та правову допомогу [45]. Доповнюючи зазначені положення, О. Блінов підкреслює, що результативність психологічної реабілітації визначається індивідуальною

роботою з військовослужбовцем, ефективністю організаційних ресурсів, матеріального забезпечення, нормативно-правового регулювання та кадрового потенціалу системи психологічної допомоги [30].

У сучасному науковому дискурсі домінує уявлення про те, що адаптація після тяжкого поранення відбувається у відкритій соціальній системі, де особистість постійно взаємодіє з медичними працівниками, психологами, членами родини, представниками державних інституцій, роботодавцями, ветеранськими організаціями та громадою. Відповідно ефективність процесу визначається рівнем соціальної інтеграції та якістю функціонування соціальних інститутів. Зазначене положення знаходить підтвердження у науковій праці Н. Жигайло, яка розглядає психологічний супровід військовослужбовців як безперервний процес підтримання психічного здоров'я, розвитку психологічної стійкості та профілактики дезадаптації [467, с. 67]. Співзвучну наукову позицію обґрунтовує Т. Семігіна, підкреслюючи необхідність розвитку міжсекторальної моделі соціальної підтримки ветеранів, що інтегрує ресурси державних установ, громадських організацій та місцевих громад [436, с. 48].

Таким чином, сучасна психологічна наука відходить від пояснення соціально-психологічної адаптації винятково через внутрішні характеристики особистості. Визнання визначальної ролі зовнішнього середовища актуалізує необхідність системного аналізу об'єктивних чинників, які створюють умови, в межах яких реалізуються або, навпаки, блокуються особистісні ресурси важкопораненого комбатанта. Тому їх дослідження є передумовою побудови цілісної концепції соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб.

Аналіз наукової літератури засвідчує відсутність єдиного підходу до визначення поняття «чинник». Попри широке використання цієї категорії у дослідженнях адаптації, реабілітації та психологічного здоров'я військовослужбовців, її зміст трактується неоднозначно, що зумовлює необхідність подальшого теоретичного осмислення. У наукових джерелах переважає трактування, згідно з яким чинники є сукупністю умов, обставин

або детермінантів, що впливають на перебіг певного психологічного процесу, визначаючи його інтенсивність, спрямованість та кінцевий результат. Їх вивчення передбачає встановлення переліку, з'ясування механізмів взаємодії між ними, сили впливу та ролі у структурі досліджуваного явища. У дослідженнях, присвячених військовій психології, категорія чинників найчастіше використовується під час аналізу психологічної стійкості, бойового стресу, професійної придатності та психічного здоров'я військовослужбовців. У методичних рекомендаціях щодо психологічного забезпечення професійної діяльності військовослужбовців Н. Агаєв, А. Дейко, О. Еверт, В. Поливанюк та О. Скрипкін визначають широкий спектр умов, що впливають на успішність професійного функціонування особового складу: рівень військово-професійної мотивації, дисциплінованість, індивідуально-психологічні особливості, соціальне функціонування, стан здоров'я, сімейні обставини, характер взаємин у військовому колективі, здатність протистояти бойовому стресу та наявність психологічної дезадаптації [6]. Хоча автори не здійснюють окремої класифікації об'єктивних і суб'єктивних чинників, аналіз змісту роботи свідчить, що поряд із внутрішніми психологічними характеристиками вони виділяють і численні зовнішні умови, які визначають успішність адаптації військовослужбовців.

Подібне бачення проблеми представлено у роботі В. Алещенка, Є. Потапчука й О. Сафіна, де психічне здоров'я військовослужбовців розглядається як результат взаємодії індивідуальних психологічних характеристик та соціального середовища. Учені зазначають, що нервово-психічна нестійкість формується під впливом непрямих чинників (особливості сімейного виховання, психічні захворювання у родині, труднощі соціалізації, несприятливе соціальне оточення) і психоемоційних проявів. Наведена модель фактично відображає багаторівневу систему детермінації психічного здоров'я, де зовнішні соціальні умови виступають передумовою формування адаптаційних можливостей особистості [8].

У сучасних дослідженнях психологічної реабілітації простежується тенденція до розмежування внутрішніх і зовнішніх детермінант адаптації. Наукове обґрунтування відображено у працях О. Буряк, М. Гіневського та Г. Катеруши, які пропонують враховувати під час організації реабілітації дві групи чинників. До ситуативних вони відносять загрозу життю, поранення, бойові втрати, несприятливі побутові умови та хронічний стрес. Особистісну групу становлять попередній життєвий досвід, особливості особистості, рівень соціальної підтримки, сімейне середовище та наявність залежностей [45]. Незважаючи на певну умовність поділу, він засвідчує необхідність одночасного врахування характеристик особистості та зовнішнього середовища.

Схожих висновків доходить й О. Сафін, який розглядає психологічну реадаптацію як процес, що здійснюється на двох рівнях [274, с. 41]:

1) ресурсному (орієнтований переважно на відновлення внутрішнього психологічного потенціалу особистості);

2) соціально-адаптаційному (пов’язаний із відновленням соціального статусу, професійної реалізації, сімейного функціонування, соціальних ролей та інтеграції комбатанта у мирне життя).

Дослідник фактично відокремлює внутрішньоособистісний і зовнішній рівні адаптації, хоча не використовує категорії об’єктивних і суб’єктивних чинників у прямому значенні.

У наукових працях, присвячених організації психологічної реабілітації, поняття об’єктивних чинників набуває системного змісту. Зокрема, О. Блінов розглядає організаційні ресурси психологічної реабілітації як сукупність матеріальних, кадрових та нормативно-правових умов, без яких неможливе ефективне функціонування системи психологічної допомоги. До них автор відносить фінансування програм, матеріально-технічне забезпечення, кадровий потенціал, професійну компетентність фахівців, законодавче регулювання та міжвідомчу взаємодію [30, с. 21]. Фактично компоненти є зовнішніми щодо особистості військовослужбовця, однак вони створюють

середовище, в якому відбувається його соціально-психологічна адаптація. У дослідженнях, присвячених системі соціального захисту ветеранів, поняття об’єктивних чинників набуває ще ширшого змісту. Ефективність реінтеграції визначається якістю медичної чи психологічної допомоги, доступністю державних гарантій, зрозумілістю адміністративних процедур, рівнем інформаційної підтримки, можливістю професійної перепідготовки, працевлаштування, розвитку підприємництва та економічної самостійності ветеранів [9]. Отже, зовнішні умови поступово розглядаються як самостійний предмет наукового аналізу та фон реалізації особистісного потенціалу.

Крім того, аналіз наукової літератури показав, що більшість дослідників зосереджуються на окремих групах зовнішніх чинників, не здійснюючи їх цілісної психологічної систематизації стосовно важкопоранених комбатантів. Комплексне визначення об’єктивних чинників соціально-психологічної адаптації ВК як самостійного предмета психологічного дослідження залишається недостатньо розробленим.

З огляду на результати проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, під об’єктивними чинниками соціально-психологічної адаптації доцільно розуміти сукупність соціальних, медичних, організаційних, економічних, правових та інституційних умов, які не зводяться до індивідуально-психологічних властивостей особистості та визначають можливості відновлення психічного здоров’я, соціального функціонування, професійної реалізації, міжособистісної взаємодії й інтеграції важкопораненого комбатанта у мирне суспільство. Вони характеризують соціальне середовище, у межах якого відбувається процес адаптації, створюючи умови для реалізації або, навпаки, обмеження адаптаційного потенціалу особистості.

Узагальнення сучасних вітчизняних наукових досліджень свідчить, що проблема соціально-психологічної адаптації військовослужбовців і ветеранів розглядається переважно крізь призму комплексної реабілітації, яка поєднує медичні, психологічні, соціальні, професійні та організаційно-правові

складові. Незважаючи на відсутність єдиного підходу до класифікації об'єктивних чинників, більшість дослідників наголошують на вагомому впливі зовнішнього середовища на процес відновлення особистості після бойової травми.

Найбільш дослідженим напрямом є медико-психологічне забезпечення реабілітації військовослужбовців. У своїх працях А. Мельник розглядає психологічну реабілітацію як компонент системи відновлення військовослужбовців після перебування у бойових умовах, підкреслюючи необхідність раннього початку психологічної допомоги та її безперервності [173, с. 102]. Подібної позиції дотримуються І. Крук та І. Григус, які обґрунтовують ефективність поєднання сучасних психотерапевтичних підходів із медичними заходами лікування посттравматичних розладів [140, с. 52]. Концептуальне осмислення питання запропоновано В. Волошиною, яка визначає ПР як складний міждисциплінарний процес, спрямований на усунення психологічних наслідків травми, відновлення соціального функціонування особистості [58, с. 9].

Значна увага в українських дослідженнях приділяється організаційним умовам надання психологічної допомоги. Вагомий внесок у розроблення цього питання зробив О. Блінов, який доводить, що ефективність психологічної реабілітації залежить від матеріально-технічного забезпечення, кадрового потенціалу, нормативно-правової бази та міжвідомчої взаємодії суб'єктів реабілітаційного процесу [30, с. 21].

Аналогічний підхід простежується у працях С. Чижевського, О. Колесніченко та О. Бондаренка, які звертають увагу на необхідність створення безперервної багаторівневої системи психологічної допомоги, стандартизації реабілітаційних послуг і забезпечення рівного доступу військовослужбовців до психологічної підтримки незалежно від їхнього статусу [335]. Окремий напрям українських досліджень стосується психологічного супроводу військовослужбовців як чинника їх подальшої соціально-психологічної адаптації. У методичних рекомендаціях, підготовлених Н. Агаєвим, А. Дейко, В. Поливанюк та іншими науковцями, психологічний супровід визначається як система

постійного моніторингу психічного стану військовослужбовців, своєчасного виявлення ознак дезадаптації та організації необхідної психологічної допомоги [6]. Н. Жигайло наголошує, що діяльність військового психолога має бути спрямована на профілактику психогенних розладів, розвиток психологічної стійкості, формування навичок саморегуляції та забезпечення готовності військовослужбовців до подальшої реадаптації [467, с. 68]. Зазначені положення узгоджуються із сучасними підходами до психологічного забезпечення військового управління, у межах яких супровід розглядається як важливий елемент збереження психологічного ресурсу військовослужбовців та їхньої подальшої адаптації [256].

Помітне місце у сучасному вітчизняному науковому дискурсі посідають дослідження психологічної декомпресії як організаційного чинника відновлення військовослужбовців після бойових дій. Відповідну концепцію обґрунтовують А. Беспалько та О. Сафін, згідно з якими декомпресія – це система первинного відновлення копінг-ресурсів, що передбачає комплексне використання психологічних, медико-біологічних і психогігієнічних заходів, спрямованих на зниження психоемоційної напруги, стабілізацію психічного стану та профілактику подальших дезадаптивних проявів [17].

Суттєвий науковий інтерес становлять державна підтримка та соціальний захист ветеранів. У дослідженнях системи соціального захисту ветеранів і військовослужбовців наголошується, що ефективність реінтеграції визначається доступністю медичних, психологічних, освітніх, професійних і соціальних послуг, спрощенням адміністративних процедур отримання державних гарантій [9].

На думку С. Куценка та М. Компановича, успішна ресоціалізація учасників бойових дій потребує комплексного поєднання медичних, психологічних, правових і соціально-економічних механізмів підтримки [151]. Подібні висновки містяться і в роботах А. Чапляка, О. Романів та Б. Надь, які підкреслюють необхідність міжвідомчої взаємодії органів охорони здоров’я, соціального захисту, служби зайнятості, психологічних служб та громадських організацій [332].

Окрему групу українських досліджень становлять праці, присвячені професійній реінтеграції ветеранів. Зокрема, в аналітичному дослідженні системи соціального захисту ветеранів виокремлено, що професійна адаптація охоплює освіту, професійну перепідготовку, працевлаштування, підтримку підприємництва та кар'єрне консультування, які створюють умови для відновлення соціальної активності й економічної незалежності ветеранів [9]. Аналогічну роль працевлаштування як чинника соціальної адаптації підкреслює Н. Ортікова, яка акцентує увагу на необхідності державної підтримки професійної реалізації колишніх військовослужбовців [253].

Значний масив сучасних українських досліджень присвячено ролі сімейного та найближчого соціального середовища у процесі соціально-психологічної адаптації військовослужбовців і ветеранів. У науковій праці Н. Пророк, О. Запорожець і Дж. Креймеєр сім'ю розглянуто як важливий ресурс психологічного відновлення, що забезпечує підтримку особистості в кризових ситуаціях [246]. Подібної позиції дотримується Н. Волинець, наголошуючи на необхідності комплексного соціально-психологічного супроводу військовослужбовців та їхніх родин [230, с. 151]. А. Гринзовським, В. Васищевим, О. Міньком та ін. дослідниками доведено, що підтримка сім'ї позитивно впливає на процес реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях [405].

Порівняно з українськими дослідженнями, зарубіжні наукові праці характеризуються ширшим застосуванням біопсихосоціального підходу до аналізу адаптації ветеранів. У центрі уваги перебувають міждисциплінарна взаємодія фахівців, безперервність реабілітаційного процесу, розвиток системи ветеранських сервісів, підтримка місцевих громад та оцінювання якості життя як інтегрального показника успішності адаптації. Значна увага приділяється координації медичних, психологічних, соціальних і професійних послуг, що забезпечують довготривалу інтеграцію ветеранів у цивільне середовище.

У зарубіжному науковому дискурсі широко представлені дослідження, присвячені підтримці родини та найближчого соціального оточення. Сім'я розкривається як джерело емоційної підтримки, активний учасник реабілітаційного процесу, що бере участь у формуванні адаптивних моделей

поведінки, підтриманні психологічної стійкості та відновленні соціального функціонування ветерана [405].

У центрі наукової уваги перебувають питання розвитку програм взаємопідтримки ветеранів, громадських ініціатив та системи комплексних ветеранських послуг, що забезпечують довготривалий супровід після завершення медичної реабілітації.

Аналіз українських і зарубіжних досліджень засвідчує спільне розуміння того, що СПА військовослужбовців є результатом взаємодії особистості із соціальним середовищем. Водночас українські наукові праці переважно зосереджені на вдосконаленні системи медико-психологічної допомоги, державного соціального захисту та професійної реінтеграції ветеранів. Зарубіжні дослідження акцентують увагу на розвитку мультидисциплінарних моделей реабілітації, міжвідомчій взаємодії, підтримці місцевих громад, сімейно орієнтованому підході та підвищенні якості життя ветеранів як інтегральному результаті їхньої успішної соціальної інтеграції.

Для комплекснішого розуміння сучасних наукових підходів до визначення об’єктивних чинників соціально-психологічної адаптації ВК доцільно здійснити порівняльний аналіз українських і зарубіжних досліджень (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Порівняльна характеристика наукових підходів до визначення об’єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Напрям аналізу	Українські дослідження	Зарубіжні дослідження	Порівняння
Предмет дослідження	Реабілітація військовослужбовців, ветеранів, учасників бойових дій	Реінтеграція ветеранів, якість життя, довготривале відновлення	В обох напрямах недостатньо досліджено специфіку важкопоранених комбатантів

Продовження табл. 4.1

Напрям аналізу	**Українські дослідження**	**Зарубіжні дослідження**	**Порівняння**
Провідні об’єктивні чинники	Медична допомога, психологічна реабілітація, державна підтримка, соціальний захист	Мульти-дисциплінарна допомога, підтримка громади, сімейно орієнтована допомога, система послуг для ветеранів	Відмінність полягає у ширшому трактуванні соціального середовища в зарубіжних дослідженнях
Роль держави	Нормативно-правове забезпечення, соціальні гарантії, пільги, реабілітаційні програми	Координація між установами, доступність сервісів, міжвідомча взаємодія	Державна підтримка є базовою умовою адаптації, але потребує інтегрованого управління
Роль медичної системи	Відновлення здоров’я, госпітальна реабілітація, психологічний супровід	Безперервна реабілітація, інтеграція фізичної, психологічної та соціальної допомоги	Медична допомога повинна розглядатися як складова комплексної системи адаптації
Соціальна підтримка	Родина, громадські організації, психологічні служби	Підтримка за принципом «рівний – рівному», сімейна резильєнтність	Соціальна підтримка є основним ресурсом адаптації
Професійна інтеграція	Працевлаштування, перепідготовка, соціальні гарантії зайнятості	Повернення до економічної незалежності, розвиток кар’єри, підтримка підприємництва	Професійна реалізація забезпечує відновлення соціального статусу ветерана
Критерії успішної адаптації	Повернення до соціального функціонування, психологічна стабільність	Якість життя, соціальна інтеграція, благополуччя, автономність	Доцільно використовувати комплексну оцінку адаптації

Продовження табл. 4.1

Напрям аналізу	**Українські дослідження**	**Зарубіжні дослідження**	**Порівняння**
Наукові прогалини	Недостатня систематизація зовнішніх чинників	Обмежена увага до наслідків тяжких бойових поранень	Необхідне комплексне дослідження об’єктивних чинників адаптації важкопоранених комбатантів

Для українських досліджень характерним є переважне зосередження на організаційно-правових і медико-психологічних аспектах відновлення військовослужбовців. У центрі уваги перебувають питання медичної та психологічної реабілітації, державної підтримки, соціального захисту, професійної реадаптації та нормативно-правового забезпечення процесу відновлення. Сукупність зазначених напрямів сприяє формуванню національної системи допомоги важкопораненим комбатантам в умовах повномасштабного вторгнення рф в Україну.

Зарубіжні дослідження демонструють більш інтегрований підхід до розуміння об’єктивних чинників адаптації. У центрі наукового аналізу перебувають міжвідомча взаємодія, мультидисциплінарна реабілітація, розвиток ветеранських сервісів, підтримка місцевих громад, сімейний супровід, програми взаємопідтримки ветеранів та оцінювання якості життя як інтегрального показника успішної реінтеграції. Таким чином, у сучасному науковому дискурсі соціально-психологічна адаптація розглядається як тривалий і багатовимірний процес відновлення соціального функціонування, який виходить за межі суто медичної чи психологічної допомоги.

Відповідно, і у вітчизняних, і в зарубіжних дослідженнях недостатньо представлено комплексне вивчення об’єктивних чинників соціально-психологічної адаптації ВК. Більшість наукових праць зосереджена на окремих аспектах реабілітації військовослужбовців або ветеранів. Специфіка

адаптації осіб із тяжкими бойовими пораненнями, які одночасно переживають фізичні, психологічні, соціальні та професійні зміни, залишається недостатньо систематизованою. Це зумовлює необхідність розглядати об'єктивні чинники як цілісну систему взаємопов'язаних детермінант, що формують адаптаційне середовище важкопораненого комбатанта. З урахуванням проведеного аналізу наукових джерел та результатів емпіричного дослідження, викладених у третьому розділі дисертації, об'єктивні чинники соціально-психологічної адаптації ВК доцільно розглядати як взаємопов'язану систему медико-реабілітаційних, соціально-підтримувальних, державно-правових та соціально-економічних детермінант, які у сукупності визначають можливості успішного відновлення, соціальної реінтеграції та повернення комбатанта до активного суспільного життя.

4.2. Медична допомога як чинник забезпечення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Успішність соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів визначається індивідуально-психологічними особливостями особистості та комплексом об'єктивних чинників, серед яких провідне місце належить медичній допомозі. Від її своєчасності, безперервності, комплексності та доступності залежить відновлення фізичного здоров'я, стабілізація психоемоційного стану, формування адаптаційних ресурсів і подальше повернення комбатанта до активного соціального життя.

Концептуалізація реабілітаційного процесу відповідає сучасним тенденціям розвитку реабілітаційної науки, у межах яких медична допомога розглядається як інтегрована система медичних, психологічних, фізичних і соціально-реабілітаційних втручань, об'єднаних спільною метою – відновлення максимально можливого рівня функціонування особистості та створення умов для її успішної соціально-психологічної адаптації.

Аналіз сучасних наукових праць свідчить, що більшість українських і зарубіжних дослідників розглядають медичну допомогу як невід'ємну складову комплексної реабілітації військовослужбовців після бойових поранень. У працях В. Гічун, А. Кириченко, В. Корнацького, Н. Ханецької та ін. учених обґрунтовано положення про те, що сучасна реабілітація має бути спрямована на забезпечення комплексного відновлення фізичного, психічного та соціального функціонування особистості. Концептуальним підґрунтям такого підходу є біопсихосоціальна модель здоров'я, відповідно до якої фізичний стан, психологічне благополуччя та характеристики соціального середовища перебувають у взаємозв'язку та спільно визначають динаміку відновлення людини після тяжкої травми [293; 322].

Українські дослідники І. Лобода, В. Крупа та Р. Кшановська підкреслюють, що медична допомога військовослужбовцям має здійснюватися як цілісний медико-психологічний та фізичний реабілітаційний процес, у межах якого лікування поєднується з психологічною підтримкою, фізичною терапією та соціальним супроводом [141]. Співзвучну наукову позицію обстоюють М. Боголюб, Є. Вишар, А. Левков і С. Марченко, які розглядають реабілітацію як безперервний процес, що розпочинається з моменту отримання поранення та триває до досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності військовослужбовця [157 та ін.].

Таким чином, можемо стверджувати, що медична допомога важкопораненим комбатантам є багатокомпонентною системою, у якій кожен структурний елемент виконує самостійну функцію, але лише їх узгоджене поєднання забезпечує ефективне відновлення та подальшу СПА: усунення фізичних наслідків поранення, відновлення здатності особистості до самостійного функціонування, професійної діяльності, міжособистісної взаємодії та виконання соціальних ролей.

Першочерговим компонентом виступає спеціалізоване медичне лікування, спрямоване на стабілізацію стану пацієнта, проведення хірургічних

втручань, лікування ускладнень, ефективне знеболення та профілактику вторинних патологічних змін. Результати лікування визначають можливості подальшого фізичного відновлення та реабілітації. Сучасні дослідження підкреслюють, що успішність лікування залежить від своєчасного виявлення психологічних чинників, які можуть ускладнювати перебіг відновлення хронічного болю, депресії, тривожності та катастрофізації больових переживань [12].

Другим компонентом є фізична реабілітація, основна мета якої – відновлення функціональних можливостей організму, рухової активності та максимальної самостійності пацієнта. На думку Р. Підлетейчук, С. Сиротюк, С. Трачук і В. Хмари, найбільшої ефективності вдається досягти за умови комплексного застосування лікувальної фізичної культури, кінезотерапії, механотерапії, фізіотерапії, гідрокінезотерапії, масажу та ерготерапії, що дозволяє покращити фізичний стан, підвищити мотивацію до активної участі у процесі відновлення [311]. Аналогічні висновки містяться у роботі В. Крупи, Р. Кшановської та І. Лободи, які розглядають фізичну реабілітацію як умову відновлення соціальної активності військовослужбовця [141].

Третім компонентом є психологічна допомога, яка інтегрується у процес лікування вже на перших етапах перебування пацієнта у закладі охорони здоров’я. Її основними завданнями є зниження психоемоційного напруження, формування готовності військовослужбовця до тривалого лікування, прийняття змін у власному фізичному стані та активної участі в реабілітаційному процесі. За результатами досліджень О. Романів, Б. Надь та А. Чапляк, психологічна допомога має охоплювати психодіагностику, індивідуальне та сімейне консультування, психокорекцію, навчання методів саморегуляції, соціально-психологічні тренінги та професійне консультування [332]. Подібний підхід обстоюють М. Вільямс і С. Пойюла, які обґрунтовують ефективність когнітивно-поведінкових методик у подоланні наслідків психічної травми та відновленні психологічного функціонування ветеранів [56].

Четвертим компонентом є медико-психологічний супровід, який забезпечує безперервність допомоги протягом усього періоду лікування та реабілітації. Його зміст полягає у систематичному моніторингу фізичного і психічного стану пацієнта, своєчасному коригуванні індивідуальної програми відновлення та координації роботи всіх залучених фахівців. Розглядаючи організаційні засади реабілітації, І. Григус, І. Крук та Л. Матвієць зазначають, що її безперервність супроводу дозволяє своєчасно виявляти ризики дезадаптації, підтримувати мотивацію та попереджати розвиток вторинних психоемоційних порушень [171; 140].

До сучасної системи медичної допомоги належить мультидисциплінарний підхід, який полягає у скоординованій взаємодії лікарів різних спеціальностей, психологів, психотерапевтів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників та інших фахівців, які спільно реалізують індивідуальну програму відновлення. Модель забезпечує комплексний вплив на фізичні, психологічні та соціальні наслідки бойового поранення, що підвищує ефективність соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Аналіз наукової літератури показує, що переважна частина досліджень зосереджена на медичних або психологічних аспектах відновлення. Механізми їх взаємодії у процесі адаптації висвітлені недостатньо. Увага вчених здебільшого спрямована на оцінювання ефективності окремих реабілітаційних заходів, методів психотерапії чи фізичної терапії, а питання інтеграції заходів у єдину систему довготривалого супроводу потребує подальшого наукового обґрунтування [58; 140; 335 та ін.]. Окремою проблемою, на яку звертають увагу науковці, є недостатня безперервність медичної допомоги. Після завершення стаціонарного лікування військовослужбовці нерідко стикаються з труднощами подальшої реабілітації через недостатню координацію між лікувальними закладами, реабілітаційними центрами, військово-лікарськими комісіями та соціальними службами [311]. Подібні висновки містяться і в працях О. Бондаренка,

О. Колесніченка та С. Чижевського, які наголошують на недостатній увазі до психологічного супроводу, сімейного консультування та міжвідомчої взаємодії [335].

Одним із недостатньо розроблених аспектів є відсутність чіткої систематизації складових медичної допомоги як об'єктивного чинника соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. У більшості досліджень медична допомога розглядається як сукупність окремих лікувальних або реабілітаційних заходів, тоді як її вплив на подальше відновлення соціального функціонування особистості аналізується фрагментарно. Такий підхід не дає змоги повною мірою простежити взаємозв'язки між фізичним відновленням, психологічною стабілізацією та поверненням комбатанта до активного суспільного життя.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що поряд із тяжкістю поранення важливе значення для успішності соціально-психологічної адаптації мають своєчасність і доступність медичної допомоги, безперервність реабілітаційного процесу, якість взаємодії з медичними працівниками, можливість отримання психологічної підтримки та індивідуалізація відновлювальних програм. Це підтверджує доцільність розглядати медичну допомогу не як сукупність ізольованих лікувальних заходів, а як інтегровану систему медичних, реабілітаційних і психологічних втручань, спрямованих на забезпечення взаємопов'язаного фізичного, психологічного та соціального відновлення важкопораненого комбатанта.

На підставі проведеного теоретичного аналізу, узагальнення сучасних наукових підходів та результатів власного емпіричного дослідження вважаємо за доцільне розглядати медичну допомогу як:

− інтегровану систему, що забезпечує фізичне відновлення, стабілізацію психоемоційного стану та створення умов для успішної соціально-психологічної адаптації ВК:

− комплексний об'єктивний чинник, ефективність якого визначається узгодженістю всіх складових процесу відновлення.

На відміну від наявних наукових підходів, у яких переважає опис окремих напрямів лікування чи реабілітації, запропонована структура ґрунтується на принципі інтеграції медичних, психологічних, реабілітаційних та соціальних компонентів. Її основу становлять шість взаємопов'язаних складових, які представлено на рис. 4.1.



Рис. 4.1. Структура медичної допомоги як об'єктивного чинника соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Принциповою особливістю запропонованої структури є її орієнтація на формування стійкого адаптаційного потенціалу особистості. Результатом функціонування її складових має бути підвищення рівня психологічної стійкості, соціальної активності, автономності та готовності важкопораненого комбатанта до повернення до сімейного, професійного й суспільного життя.

Запропонована структура може бути використана як методологічна основа організації комплексної допомоги ВК у закладах охорони здоров'я та реабілітаційних центрах, а також для розроблення індивідуальних програм медико-психологічного супроводу. Вона створює підґрунтя для оцінювання ефективності окремих компонентів медичної допомоги та визначення їхнього впливу на соціально-психологічну адаптацію пацієнтів.

На підставі проведеного теоретичного аналізу, результатів емпіричного дослідження та запропонованої структури медичної допомоги доцільно визначити основні напрями її подальшого вдосконалення, спрямовані на підвищення ефективності соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Першим напрямом є розвиток системи раннього комплексного оцінювання стану пацієнта, яка має передбачати одночасне визначення його фізичних, психологічних і соціальних потреб уже на початкових етапах лікування. Це дасть змогу своєчасно формувати індивідуальну програму медичної та реабілітаційної допомоги й мінімізувати ризик розвитку дезадаптаційних проявів. Другим напрямом є забезпечення безперервності медико-психологічного супроводу на всіх етапах відновлення. Його реалізація передбачає налагодження ефективної взаємодії між закладами охорони здоров'я, реабілітаційними центрами, службами психічного здоров'я, органами соціального захисту та ветеранськими сервісами. Важливим завданням є розроблення єдиних алгоритмів міжвідомчої взаємодії та індивідуальних маршрутів пацієнта, що забезпечуватимуть послідовність і наступність допомоги. Третім напрямом є подальший

розвиток мультидисциплінарного підходу до реабілітації. Доцільним є чітке визначення функцій кожного члена реабілітаційної команди, систематичне залучення психологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників і фахівців із професійної реадаптації, а також узгодження їхньої діяльності в межах індивідуального плану відновлення. Четвертим напрямом є активізація участі сім'ї у процесі лікування та реабілітації. Інформування членів родини, психологічне консультування та навчання особливостям підтримки військовослужбовця після тяжкого поранення сприятимуть формуванню сприятливого соціального середовища та підвищуватимуть ефективність адаптаційного процесу. П'ятим напрямом є вдосконалення системи моніторингу результативності медичної допомоги. Її ефективність доцільно оцінювати не лише за медичними показниками, а й за рівнем функціональної незалежності, психологічного благополуччя, соціальної активності, якості життя та успішності соціально-психологічної адаптації ВК. Такий підхід дасть змогу оцінити реальний довгостроковий результат реабілітаційних заходів. Шостим напрямом є впровадження цифрових технологій для координації міждисциплінарної взаємодії, моніторингу динаміки відновлення та забезпечення безперервного інформаційного супроводу між усіма суб'єктами реабілітаційного процесу. Цифровізація відповідних процесів може сприяти підвищенню доступності послуг, оперативності обміну інформацією та послідовності супроводу важкопораненого комбатанта на різних етапах його відновлення.

Удосконалення медичної допомоги може здійснюватися шляхом створення електронного маршруту соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта як цифрового механізму безперервного та персоналізованого супроводу. Такий інструмент дасть змогу відстежувати динаміку лікування та реабілітації, зміни психологічного стану й адаптаційних ресурсів, рівень соціального функціонування, особливості сімейної взаємодії, готовність до повернення у громаду та професійної самореалізації. Систематичне внесення результатів психологічної

діагностики, функціонального оцінювання та моніторингу ефективності психокорекційних і реабілітаційних заходів створюватиме підґрунтя для своєчасного коригування індивідуальної програми допомоги відповідно до актуальних потреб конкретного комбатанта. Водночас електронний маршрут сприятиме наступності між різними етапами відновлення та координації діяльності фахівців, залучених до процесу медико-психологічного й соціального супроводу.

Таким чином, результати проведеного аналізу підтверджують, що медична допомога є важливим об'єктивним чинником соціально-психологічної адаптації ВК. Її вплив визначається не лише якістю лікування чи окремих реабілітаційних заходів, а й цілісністю організації процесу відновлення, безперервністю супроводу, міждисциплінарною взаємодією, персоналізацією допомоги та орієнтацією на довгострокові результати адаптації. Комплексна організація медичної допомоги створює передумови для відновлення фізичного здоров'я, психологічної стійкості, функціональної незалежності та соціальної активності важкопораненого комбатанта, а також його подальшої інтеграції у сімейне, професійне та суспільне середовище.

4.3. Роль держави у забезпеченні соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Результати емпіричного дослідження, проведеного у третьому розділі, та аналіз державних програм і практик підтримки важкопоранених комбатантів, здійснений у четвертому розділі дисертації, засвідчили, що ефективність соціально-психологічної адаптації визначається взаємодією індивідуально-психологічних ресурсів особистості, якості медичної допомоги та системності державної підтримки. Це дає підстави розглядати державу не лише як інституційного гаранта соціального захисту, а й як активного суб'єкта процесу соціально-психологічної адаптації, діяльність

якого створює умови для відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та професійної реалізації важкопоранених комбатантів.

У сучасних наукових дослідженнях, зокрема у працях О. Блінова, В. Волошиної, М. Гіневського, Г. Катеруги та інших учених, державна підтримка трактується як сукупність нормативно-правових, організаційних, медичних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на забезпечення реабілітації та соціальної інтеграції ветеранів [30; 45; 58 та ін.].

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що для важкопоранених комбатантів такого підходу недостатньо, оскільки наслідки тяжкого бойового поранення виходять за межі суто реабілітаційних потреб. Втрата або обмеження фізичних функцій, зміна соціальних ролей, необхідність професійної переорієнтації та переосмислення життєвої перспективи зумовлюють потребу в безперервному державному супроводі, який має охоплювати всі етапи адаптації – від моменту отримання поранення до повноцінної інтеграції особистості у суспільство.

На відміну від наявних підходів, обґрунтовується позиція, відповідно до якої роль держави не обмежується створенням системи соціальних гарантій та забезпеченням доступу до реабілітаційних послуг. Вона полягає також у формуванні соціально-психологічних умов для відновлення суб’єктності особистості, збереження її активної життєвої позиції, відновлення впевненості у власних можливостях, формування нових життєвих цілей, підтримки професійної самореалізації та розвитку соціальних зв’язків. Такий підхід узгоджується із сучасними науковими положеннями щодо комплексності та безперервності психологічної реабілітації, міжвідомчої взаємодії, індивідуалізації програм допомоги та орієнтації на особистісне зростання [8; 30; 45; 58; 274; 405 та ін.]. Результати власного дослідження дають підстави розширити зазначені положення та розглядати державу як системний об’єктивний чинник соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, ефективність якого

визначається узгодженістю та безперервністю правових, організаційних, медико-реабілітаційних, соціальних, інформаційних і міжвідомчих механізмів підтримки. У цьому контексті державна підтримка важкопоранених комбатантів реалізується через взаємодію шести взаємопов'язаних механізмів: 1) правового; 2) організаційного; 3) соціального; 4) медико-реабілітаційного; 5) інформаційного; 6) міжвідомчого. Їх сукупність формує інституційне адаптаційне середовище, що забезпечує послідовність, безперервність і комплексність СПА на всіх її етапах.

Правовий механізм є базовою складовою державної підтримки соціально-психологічної адаптації ВК, оскільки визначає нормативні засади та гарантії реалізації права на медичну, психологічну, соціальну й професійну реабілітацію. Конституція України закріплює обов'язок держави забезпечувати соціальний захист громадян, які захищали незалежність і територіальну цілісність держави, що формує правове підґрунтя для розвитку комплексної системи підтримки ветеранів [132].

Науковці (М. Компанович, С. Куценко, Т. Семигіна та ін.) наголошують, що сучасна державна політика у сфері реабілітації має виходити за межі надання окремих соціальних гарантій і забезпечувати безперервність допомоги на всіх етапах відновлення особистості [151; 436]. За висновками А. Копіної та С. Петрової, процес реінтеграції ветеранів потребує узгоджених правових механізмів, спрямованих не лише на забезпечення соціального захисту, а й на відновлення активної участі людини у суспільному житті [133]. З огляду на це правовий механізм соціально-психологічної адаптації ВК доцільно розглядати не лише як сукупність соціальних гарантій, а як інструмент формування нормативних умов для відновлення психологічної суб'єктності, соціального функціонування та життєвої перспективи важкопораненого комбатанта. Правове регулювання має забезпечувати доступність і своєчасність психологічної допомоги, професійної перекваліфікації, сучасного протезування, працевлаштування та

безперервного психологічного супроводу. Наявність чітких і доступних правових гарантій знижує рівень невизначеності, формує відчуття соціальної захищеності та сприяє підвищенню довіри до державних інституцій.

Перспективним напрямом удосконалення правового механізму є нормативне закріплення індивідуального маршруту соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта, який має визначати послідовність отримання медичних, психологічних, соціальних, освітніх і професійних послуг та забезпечувати безперервність переходу між етапами лікування, реабілітації та реінтеграції. Такий підхід дасть змогу мінімізувати ризик втрати людиною доступу до необхідної допомоги, скоротити строки прийняття відповідних рішень, підвищити узгодженість дій суб'єктів підтримки та сприяти збереженню мотивації комбатанта до відновлення.

Організаційний механізм забезпечує практичну реалізацію державної політики у сфері соціально-психологічної адаптації ВК шляхом координації діяльності суб'єктів, залучених до процесу відновлення. Його ефективність визначається узгодженістю взаємодії між відповідними установами та програмами, наступністю етапів допомоги, безперервністю супроводу і своєчасністю надання необхідних послуг.

Результати проведеного дослідження дають підстави стверджувати, що одним із основних недоліків існуючої системи є недостатня наступність між окремими етапами допомоги. Після завершення госпітального лікування важкопоранений комбатант нерідко змушений самостійно шукати інформацію про доступні послуги, проходити повторні обстеження, звертатися до різних установ і координувати власний процес реабілітації. Така ситуація створює додаткове психологічне навантаження, посилює відчуття невизначеності та може негативно позначатися на мотивації до відновлення. Тому організаційний механізм має забезпечувати безперервність і послідовність соціально-психологічної адаптації на всіх етапах повернення ВК до цивільного життя. Важливим напрямом удосконалення організаційного механізму є раннє планування професійної

реінтеграції. Уже на етапі стаціонарного лікування доцільно оцінювати освітній рівень, професійний досвід, мотивацію та потенціал особистості до подальшої професійної діяльності, що відповідає принципам індивідуалізації реабілітації, визначеним у сучасних наукових дослідженнях [30; 58; 274]. Водночас, на відміну від підходів, у яких професійна реінтеграція розглядається переважно як окремий етап після завершення лікування, доцільно інтегрувати її планування у загальну систему СПА ще на початкових етапах відновлення. Це дасть змогу своєчасно визначити перспективні напрями професійної діяльності, сформувати реалістичні життєві цілі та підтримувати активну позицію комбатанта щодо власного майбутнього.

Медико-реабілітаційний механізм є однією з ключових складових державної підтримки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Саме на етапі лікування та реабілітації формуються передумови для подальшого психологічного відновлення, функціональної незалежності та повернення особистості до активного соціального життя. Сучасні наукові підходи О. Буряк, М. Боголюб, Є. Вишар, С. Марченко свідчать, що ефективність фізичної реабілітації значною мірою залежить від психологічного стану пацієнта, його мотивації до відновлення та сформованості життєвої перспективи [45; 157].

Відповідно до методичних рекомендацій Міністерства оборони України, психологічна допомога має розпочинатися з моменту виявлення ознак психічної дезадаптації та охоплювати психологічну діагностику, консультування, психопрофілактику, психокорекцію, взаємодію з командуванням і членами сім’ї, а за потреби – направлення до спеціалізованих закладів охорони здоров’я [6]. Цю позицію розвивають В. Алещенко, Є. Потапчук та О. Сафін, які розглядають психологічний супровід як невід’ємну складову системи збереження психічного здоров’я військовослужбовців і наголошують на необхідності диференційованого підходу до його організації залежно від рівня адаптованості особистості [8].

Медико-реабілітаційний механізм не повинен обмежуватися відновленням фізичних функцій. Уже на етапі госпітального лікування необхідно формувати у важкопораненого комбатанта реалістичне бачення власних можливостей після поранення та підтримувати його готовність до подальшого відновлення. Особливого значення у цьому контексті набуває психологічний супровід процесу протезування, оскільки зміна фізичного образу тіла та необхідність пристосування до нових функціональних можливостей можуть супроводжуватися зниженням самооцінки, страхом перед майбутнім і втратою впевненості у власній спроможності до активного життя. Першочерговим завданням психологічного супроводу є формування у комбатанта переконання у можливості збереження активності, автономності та професійної самореалізації з урахуванням нових умов життєдіяльності. Ознайомлення із сучасними технологіями протезування, демонстрація можливостей їх практичного використання, прикладів успішної адаптації інших ветеранів та перспектив подальшого функціонального відновлення сприяють зниженню страху перед майбутнім, підвищенню мотивації до реабілітації та запобіганню формуванню пасивної настанови на безпорадність. Психологічний супровід доцільно поєднувати із психоедукаційними заходами, спрямованими на формування розуміння закономірностей переживання травматичного досвіду, оволодіння навичками психологічної саморегуляції та розвиток відповідального ставлення до власного психічного здоров’я. За результатами дослідження О. Борисової, психоедукація сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню прихильності до лікування та активізації участі ветерана у процесі психологічної реабілітації [38, с. 9]. Аналогічні підходи висвітлено у працях Л. Матвієць, яка підкреслює значення своєчасного психологічного консультування та навчання технік управління стресом [171, с. 10].

Соціальний механізм державної підтримки спрямований на створення умов, за яких важкопоранений комбатант може відновити соціальні ролі, професійну активність та відчуття власної соціальної значущості. Його

ефективність визначається здатністю держави не лише забезпечувати доступ до соціальних послуг, а й створювати можливості для активної участі ветерана у суспільному житті, професійній діяльності та реалізації власного потенціалу.

Важливим напрямом соціального механізму має стати раннє освітнє супроводження ВК. Його доцільно розпочинати ще під час проходження реабілітації після стабілізації фізичного та психоемоційного стану. У цьому контексті освітній процес виконує не лише професійно-розвиткову, а й психологічну функцію. Залучення до навчання сприяє відновленню відчуття контролю над власним життям, формуванню нових життєвих цілей, зниженню переживання безперспективності та підтриманню мотивації до подальшого відновлення. Такий підхід відповідає сучасним принципам реабілітації, орієнтованим на розвиток особистісних ресурсів та активізацію суб'єктної позиції особистості [58; 274].

Особливого значення набуває професійна перекваліфікація, оскільки внаслідок тяжких поранень частина комбатантів не може повернутися до попередньої професійної діяльності. У такому випадку набуття нової професії доцільно розглядати не лише як засіб економічної самостійності, а і як психологічний механізм відновлення особистісної та професійної ідентичності. Опанування нових професійних компетентностей сприяє формуванню відчуття компетентності, соціальної затребуваності та впевненості у власних можливостях, що позитивно впливає на соціально-психологічну адаптацію. Водночас державна підтримка має передбачати розвиток програм професійного наставництва для важкопоранених комбатантів. Особи, які через фізичні обмеження не можуть продовжувати окремі види професійної діяльності, можуть реалізовувати свій досвід і компетентності в інших формах – як інструктори, консультанти, викладачі або наставники для військовослужбовців, ветеранів та осіб, які проходять професійну підготовку. Така модель дає змогу трансформувати досвід, набутий до та під час військової служби, у новий соціально значущий

ресурс. Передача професійного та бойового досвіду сприяє збереженню соціальної ролі особистості, підтриманню позитивної самооцінки, формуванню нових життєвих смислів і розширенню соціальних контактів. Водночас участь у наставницькій діяльності забезпечує ветерану можливість залишатися активним учасником професійної та соціальної взаємодії, що знижує ризик соціального відчуження та пасивізації. Таким чином, наставництво доцільно розглядати не лише як інструмент професійної реінтеграції, а і як самостійний психологічний ресурс відновлення суб'єктності, соціальної значущості та адаптаційного потенціалу важкопораненого комбатанта.

Інформаційний механізм державної підтримки забезпечує доступ важкопораненого комбатанта до своєчасної, достовірної, доступної та зрозумілої інформації щодо можливостей лікування, психологічної допомоги, реабілітації, соціального захисту, професійного навчання та працевлаштування. В умовах тяжкого поранення інформаційна невизначеність може посилювати тривожність, формувати негативні очікування щодо майбутнього та знижувати мотивацію особистості до активної участі у процесі відновлення. Відповідно, доступність інформації є не лише організаційною умовою отримання необхідних послуг, а й психологічним ресурсом, який сприяє зменшенню невизначеності, відновленню відчуття контролю над власним життям та формуванню готовності до подальшої адаптації. Важливим напрямом інформаційної підтримки є психоедукація, яка передбачає надання ветерану та його близьким систематизованої інформації про психологічні наслідки бойової травми, закономірності переживання кризових станів, способи психологічної саморегуляції та можливості отримання професійної допомоги. За висновками О. Борисової, психоедукація сприяє формуванню адекватного розуміння психологічних наслідків бойової травми, навчанню навичок психологічної саморегуляції та підвищенню готовності особистості до участі у реабілітаційному процесі [38, с. 10]. У дослідженнях Л. Магдисюк,

А. Мельник, Р. Федоренка та інших учених обґрунтовується значущість формування навичок самодопомоги, розвитку психологічної стійкості та своєчасного звернення за професійною психологічною допомогою як складових профілактики психічної дезадаптації [252].

Інформаційний механізм має бути спрямований на формування у важкопораненого комбатанта реалістичного бачення власних життєвих і професійних перспектив після поранення. Своєчасне консультування щодо можливостей сучасного протезування, професійної перекваліфікації, здобуття освіти, працевлаштування та участі у програмах державної підтримки дає змогу зменшити невизначеність щодо майбутнього та сформувати уявлення про доступні шляхи подальшої самореалізації. Усвідомлення реальності таких можливостей сприяє формуванню позитивної життєвої перспективи, зміцнює мотивацію до реабілітації та активної участі у відновленні, знижуючи ризик формування почуття безнадійності та пасивної позиції щодо власного майбутнього.

Інформаційна робота має бути спрямована також на суспільство. Її завданням є формування позитивного ставлення до ветеранів, подолання стигматизації, поширення знань про наслідки бойової травми та розвиток культури психологічної підтримки [133; 310]. Інформування роботодавців, представників територіальних громад, освітніх установ та інших соціальних інститутів про особливості повернення важкопоранених комбатантів до цивільного життя сприятиме формуванню інклюзивного середовища, у якому ветеран сприйматиметься не лише як отримувач допомоги, а як активний учасник суспільних відносин.

Міжвідомчий механізм забезпечує узгодженість діяльності органів державної влади, закладів охорони здоров’я, реабілітаційних установ, соціальних служб, освітніх закладів, центрів зайнятості, ветеранських просторів та громадських організацій у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Його необхідність зумовлена комплексним характером наслідків тяжкого поранення, які охоплюють

медичну, психологічну, соціальну, професійну та правову сфери, жодна з яких не може забезпечити повноцінне відновлення особистості ізольовано.

Аналіз наукових праць О. Буряк, М. Гіневського та Г. Катеруши засвідчує, що ефективна реабілітація можлива за умови функціонування мультидисциплінарної команди, до складу якої входять лікарі, психологи, психіатри, фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники, юристи та фахівці з професійної реабілітації [45; 157, с. 74]. Заслуговує на увагу позиція В. Алещенко, О. Сафіна та Є. Потапчука, які наголошують на необхідності постійної взаємодії психологів із командирами, медичними працівниками, соціальними службами та членами сім'ї військовослужбовця [8]. Зазначену наукову позицію доповнюють О. Блінов та Т. Семигіна [30; 436], які обґрунтовують міжвідомчу координацію як необхідну умову ефективної реабілітаційної політики.

Причиною зниження ефективності державної підтримки є недостатня узгодженість діяльності суб'єктів, залучених до процесу адаптації. Відсутність наступності між госпітальним лікуванням, психологічною реабілітацією, професійною підготовкою та соціальним супроводом призводить до переривання реабілітаційного процесу, повторного звернення до різних установ і зростання психологічного навантаження на комбатанта. За таких умов міжвідомчий механізм має забезпечувати безперервність системи супроводу, в якій кожний наступний етап розпочинається ще до завершення попереднього.

Ефективність міжвідомчої взаємодії доцільно забезпечувати шляхом запровадження єдиного координатора (менеджера) випадку або мультидисциплінарної команди, яка здійснює супровід важкопораненого комбатанта на всіх етапах відновлення. Координатор має забезпечувати взаємодію між медичними, психологічними, соціальними, освітніми та професійними установами, контролювати виконання індивідуального плану соціально-психологічної адаптації, своєчасно інформувати комбатанта та членів його сім'ї про доступні можливості підтримки, а також сприяти

оперативному вирішенню проблем, що виникають у процесі реабілітації та соціальної реінтеграції. Такий підхід дозволяє зменшити організаційне навантаження на важкопораненого комбатанта та забезпечити послідовність і безперервність його адаптаційного маршруту.

На підставі результатів проведеного емпіричного дослідження, аналізу сучасних наукових підходів та державних практик розроблено структурно-функціональну модель державної підтримки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. На відміну від підходів, у яких основна увага зосереджується на медичній або психологічній реабілітації, запропонована модель ґрунтується на принципі безперервного державного супроводу та передбачає інтеграцію психологічних, медичних, соціальних, освітніх і професійних складових в єдину систему підтримки. Метою запропонованої моделі є створення системи умов для відновлення психологічного благополуччя, соціальної активності, професійної самореалізації та максимально можливого рівня автономності важкопораненого комбатанта. Її функціонування передбачає взаємодію шести взаємопов’язаних механізмів державної підтримки: правового, організаційного, медико-реабілітаційного, соціального, інформаційного та міжвідомчого. Кожен із них виконує самостійну функцію, водночас їх узгоджена реалізація забезпечує цілісність адаптаційного процесу та створює умови для переходу від первинного відновлення до стійкої соціальної інтеграції.

Запропонована модель охоплює п’ять взаємопов’язаних етапів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, які систематизовано та представлено в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Етапи реалізації структурно-функціональної моделі державної підтримки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Етап	Основний зміст	Очікуваний результат
I. Госпітальний	Психологічна діагностика, кризове консультування, психоедукація, стабілізація психоемоційного стану, інформування щодо лікування та протезування, формування мотивації до реабілітації, попереднє планування освітнього й професійного маршруту	Стабілізація психоемоційного стану, формування мотивації до відновлення та готовності до наступних етапів адаптації
II. Рання реабілітація	Комплексна фізична, психологічна й соціальна реабілітація, розвиток навичок самостійного життя, психологічний супровід протезування, залучення сім'ї, формування позитивної життєвої перспективи	Відновлення функціональних можливостей, розвиток адаптаційного потенціалу та підтримка психологічної стійкості
III. Професійна реінтеграція	Професійне навчання, перекваліфікація, професійне консультування, відновлення професійної ідентичності, створення можливостей для наставницької, консультативної, освітньої або експертної діяльності	Професійна самореалізація, відновлення відчуття соціальної значущості та формування нових життєвих смислів
IV. Соціальна реінтеграція	Працевлаштування, розвиток соціальних зв'язків, участь у житті громади, ветеранських спільнотах та інших формах громадської активності	Відновлення соціального функціонування, розширення соціальної взаємодії та інтеграція у суспільство
V. Довготривалий супровід	Психологічний моніторинг, профілактика повторної дезадаптації, підтримка професійного розвитку, своєчасне надання спеціалізованої допомоги	Збереження досягнутих результатів адаптації, профілактика кризових станів і забезпечення довготривалої соціальної та психологічної стабільності

Принциповою відмінністю запропонованої моделі є те, що вона не завершується після закінчення курсу реабілітації. Соціально-психологічна адаптація є тривалим процесом, у якому держава виконує функцію безперервного супроводу, створюючи умови для відновлення автономності, професійної реалізації, особистісного розвитку й активної участі важкопораненого комбатанта у суспільному житті.

Запропонована структурно-функціональна модель має теоретичне та прикладне значення. Вона орієнтована на вдосконалення державної політики у сфері соціально-психологічної адаптації ВК. Її практична реалізація передбачає підвищення узгодженості діяльності суб'єктів державної підтримки, інтеграцію психологічного компонента в усі етапи реабілітаційного процесу та забезпечення безперервності супроводу від моменту поранення до повноцінної соціальної й професійної реінтеграції. Потребує впровадження комплексу організаційних, управлінських і практичних рішень, спрямованих на вдосконалення державної підтримки з урахуванням виявлених під час дослідження потреб важкопоранених комбатантів.

Таким чином, запропоноване концептуальне бачення ролі держави у процесі соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб, яке, на відміну від наявних підходів, ґрунтується на розумінні державної підтримки як цілісної системи безперервного супроводу особистості на всіх етапах її відновлення. Інтегровано взаємодію правового, організаційного, медико-реабілітаційного, соціального, інформаційного та міжвідомчого механізмів державної підтримки, реалізація яких забезпечує послідовний перехід від стабілізації психоемоційного стану після поранення до професійної самореалізації, соціальної інтеграції та довготривалого збереження адаптаційного потенціалу. Розроблена структурно-функціональна модель доводить, що СПА – це безперервний керований процес, у якому державна підтримка виступає чинником відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та максимально можливої автономності

важкопораненого комбатанта. Запропонований підхід розширює наукові уявлення про зміст і механізми державної підтримки соціально-психологічної адаптації ВК та формує теоретико-методологічне підґрунтя для подальшого вдосконалення державної політики, спрямованої на забезпечення їхнього довготривалого відновлення, професійної реалізації й активної участі у суспільному житті.

4.4. Соціально-економічний статус як чинник соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів залежить від соціально-економічних умов, у яких відбувається їхнє повернення до мирного життя. Наслідки тяжкого поранення виходять за межі медичних проблем. Вони супроводжуються втратою або обмеженням працездатності, зміною професійного статусу, зменшенням рівня доходів, трансформацією соціальних ролей та необхідністю переосмислення власної життєвої перспективи. За таких умов соціально-економічний статус виступає об’єктивним чинником, який визначає можливості особистості щодо відновлення автономності, соціальної активності та психологічної стійкості. На відміну від індивідуально-психологічних характеристик, які відображають внутрішні ресурси особистості, він характеризує зовнішні умови її життєдіяльності. До його основних складових належать професійна зайнятість, рівень матеріального забезпечення, житлові умови, соціальні гарантії та можливість користування суспільними ресурсами. Сукупність чинників визначає реальні можливості людини підтримувати звичний рівень життя, самостійно приймати рішення, реалізовувати власний потенціал і зберігати активну соціальну позицію.

Дослідження О. Пасько та Л. Прудкої підтверджують, що тяжке поранення спричиняє комплекс фізичних, психологічних і соціально-економічних наслідків. Зниження або втрата працездатності змінюють

соціально-економічне становище людини, що ускладнює перебіг її соціально-психологічної адаптації [248]. Аналогічного висновку дійшли С. Трачук, В. Хмара, Р. Підлетейчук та С. Сиротюк, які обґрунтовують взаємозв'язок між результатами реабілітації, можливістю повернення до професійної діяльності, рівнем доходів та подальшою інтеграцією ветеранів у суспільне життя [311]. Таким чином, соціально-економічний статус формується під впливом сукупності взаємопов'язаних обставин, що визначають успішність відновлення особистості після тяжкого поранення.

Сучасна наукова література професійну зайнятість визначає складовою СЕС, що поєднує економічний і соціально-психологічний аспекти. Робота сприяє відновленню соціального статусу, розширенню кола соціальних взаємодій, зміцненню самооцінки та поверненню відчуття суспільної значущості. Згідно з висновками І. Логовського після звільнення з військової служби важкопоранені ветерани стикаються зі зміною професійного становища та зменшенням економічної самостійності, тому працевлаштування стає передумовою їхньої успішної реінтеграції [254]. На думку С. Куценка та М. Компановича, повернення до професійної діяльності сприяє відновленню звичних соціальних ролей, підвищує рівень самостійності та зменшує соціальну залежність, що позитивно впливає на ресоціалізацію учасників бойових дій [151].

Після тяжкого поранення значна частина комбатантів не має змоги повернутися до попередньої професії через фізичні обмеження або зміну функціональних можливостей. У такому разі набуття нової спеціальності або підвищення кваліфікації створює умови для продовження професійної діяльності відповідно до актуального стану здоров'я, сприяє відновленню впевненості у власних можливостях і формуванню нових життєвих перспектив. Освітній процес підтримує активну життєву позицію, розширює можливості самореалізації та сприяє відновленню суб'єктності особистості.

Складовою соціально-економічного статусу є матеріальне забезпечення. Після тяжкого поранення багато комбатантів одночасно

стикаються зі скороченням доходів і збільшенням витрат, пов’язаних із лікуванням, реабілітацією, протезуванням та адаптацією житлового середовища. Зміни підвищують ризик економічної нестабільності, яка негативно позначається на психологічному стані людини, посилює відчуття невизначеності й ускладнює процес соціально-психологічної адаптації [248; 311].

В Україні сформовано систему соціального захисту ветеранів, яка передбачає грошові виплати, пенсійне забезпечення, житлові та комунальні пільги, інші види державної підтримки. Проте результати дослідження системи соціального захисту ветеранів засвідчують, що її практична ефективність знижується через недостатнє фінансування окремих програм, складність адміністративних процедур, нерівномірність реалізації соціальних гарантій у різних регіонах та недостатню поінформованість ветеранів щодо можливостей отримання належної допомоги [9].

Соціально-економічний статус – це показник матеріального становища особи, характеристика її реальної свободи та можливостей для самореалізації. У колективній монографії «Виховання цінностей особистості: європейський вектор та національний контекст» наголошено, що свобода людини набуває реального змісту за наявності соціальних і економічних умов для реалізації власного потенціалу [52, с. 158]. Матеріальна стабільність, можливість професійної діяльності та доступ до соціальних ресурсів створюють передумови для відновлення суб’єктності, самостійності й активної участі ВК у суспільному житті. Сучасні дослідження переконливо свідчать, що ефективність державної підтримки визначається здатністю створювати умови для економічної незалежності та відновлення активної соціальної ролі ветеранів. У праці А. Копіної та С. Петрової доведено, що успішна реінтеграція має ґрунтуватися на розвитку можливостей особистості, що відповідає сучасній людиноцентричній моделі державної політики щодо ветеранів [133].

Попри існування законодавчо визначених гарантій, важкопоранені комбатанти продовжують стикатися із соціально-економічними бар'єрами, які стримують їхню соціально-психологічну адаптацію. До них належать обмежені можливості працевлаштування, тривалі адміністративні процедури отримання соціальної допомоги, нерівномірний доступ до державних послуг, недостатня міжвідомча взаємодія та фрагментарність системи супроводу ветеранів. Сукупність проблем свідчить про необхідність розглядати СЕС як комплексний показник, що відображає реальні можливості важкопораненого комбатанта відновити свою соціальну активність, психологічну стійкість та якість життя.

Проведений аналіз наукових підходів засвідчив, що соціально-економічний статус формується під впливом сукупності факторів, які впливають на перебіг соціально-психологічної адаптації. У більшості досліджень чинники аналізуються відокремлено, без урахування їх комплексної взаємодії та кумулятивного впливу на процес відновлення особистості після тяжкого поранення, що ускладнює визначення пріоритетних напрямів державної підтримки та не дозволяє оцінити взаємозв'язок між соціально-економічним становищем комбатанта і результативністю його адаптації. З огляду на це доцільно систематизувати основні складові СЕС важкопоранених комбатантів відповідно до їх функціонального впливу на процес СПА. На відміну від наявних підходів, які переважно акцентують увагу на окремих соціальних гарантіях або економічних показниках, запропонована класифікація ґрунтується на визначенні компонентів соціально-економічного статусу, які впливають на відновлення автономності особистості, її соціальної активності, психологічної стійкості та якості життя.

Класифікація соціально-економічних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів наведена у табл. 4.3.

Таблиця 4.3

Класифікація соціально-економічних чинників, що впливають на соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів

Група чинників	**Складові соціально-економічного статусу**	**Вплив на соціально-психологічну адаптацію**	**Можливі наслідки за недостатнього розвитку чинника**
Професійні	Працевлаштування, стабільна зайнятість, адаптація робочого місця, можливість професійної реалізації	Забезпечують економічну незалежність, відновлюють соціальний статус, формують відчуття суспільної значущості, підтримують самооцінку та професійну ідентичність	Безробіття, втрата професійної ролі, зниження самооцінки, соціальна ізоляція, посилення психологічної дезадаптації
Матеріально-економічні	Рівень доходів; державні виплати; пенсійне забезпечення, компенсації, матеріальна допомога	Забезпечують фінансову стабільність, знижують рівень тривожності, створюють умови для проходження лікування, реабілітації та самостійного планування життя	Економічна нестабільність, фінансова залежність, підвищення рівня стресу, погіршення психологічного благополуччя
Житлово-побутові	Забезпечення житлом, безбар’єрність житла, адаптація житлового простору, доступність транспортної та соціальної інфраструктури	Створюють умови для самостійного життя, підвищують рівень автономності, полегшують повсякденне функціонування та участь у житті громади	Залежність від сторонньої допомоги, обмеження мобільності, соціальна ізоляція, зниження якості життя

Продовження табл. 4.3

Група чинників	**Складові соціально-економічного статусу**	**Вплив на соціально-психологічну адаптацію**	**Можливі наслідки за недостатнього розвитку чинника**
Соціально-правові	Доступ до соціальних гарантій, пільг, адміністративних послуг, правової допомоги, інформаційної підтримки	Забезпечують реалізацію гарантованих прав, підвищують довіру до державних інституцій, зменшують соціальну невизначеність	Бюрократичні труднощі, несвоєчасне отримання допомоги, недовіра до державних інституцій, соціальна напруженість
Інституційні	Міжвідомча взаємодія, координація суб'єктів підтримки, доступність медичних, психологічних та соціальних послуг, цифрові сервіси	Забезпечують безперервність супроводу, своєчасне отримання комплексної допомоги та узгодженість реабілітаційних заходів	Фрагментарність підтримки, дублювання функцій, ускладнений доступ до послуг, збільшення психологічного навантаження
Соціально-інтеграційні	Сімейна підтримка, соціальне оточення, участь у житті громади, ветеранські об'єднання, соціальні зв'язки	Сприяють відновленню соціальної активності, формують почуття належності до спільноти, підтримують емоційну стійкість і мотивацію до самореалізації	Самотність, відчуження, соціальна ізоляція, погіршення психологічного стану, зниження мотивації до інтеграції

Наведена класифікація засвідчує, що СЕС важкопоранених комбатантів формується під впливом чинників, які комплексно визначають перебіг їхньої соціально-психологічної адаптації. Вона ґрунтується на розумінні соціально-

економічного статусу як інтегральної характеристики, що поєднує професійні, матеріальні, житлові, соціально-правові, інституційні та соціально-інтеграційні чинники.

Проведена систематизація дозволяє встановити, що чинники мають самостійне значення, проте їх вплив проявляється у взаємозв'язку. Професійна зайнятість забезпечує економічну незалежність, однак її результативність залежить від рівня матеріальної підтримки, доступності державних сервісів, безбар'єрності середовища та ефективності міжвідомчої взаємодії. Недостатній розвиток хоча б одного із зазначених компонентів здатний знизити ефективність інших. Наприклад, навіть за наявності професійної мотивації повернення до трудової діяльності може бути ускладнене через недоступність транспортної інфраструктури, тривалі адміністративні процедури або обмежений доступ до необхідних соціальних послуг. Результатом проведеного аналізу є обґрунтування того, що соціально-економічний статус виступає показником реальних можливостей особи щодо відновлення автономності, виконання соціальних ролей, професійної самореалізації та активної участі в житті суспільства. Сукупність можливостей визначає рівень психологічного благополуччя, мотивацію до подальшого відновлення, характер соціальної взаємодії та готовність важкопораненого комбатанта до інтеграції у цивільне середовище.

Одержані результати дають підстави стверджувати, що ефективність соціально-психологічної адаптації визначається сформованістю сприятливого соціально-економічного середовища, у якому поєднуються фінансова стабільність, можливість професійної реалізації, доступність соціальних гарантій, безбар'єрність життєвого простору та належний рівень інституційної взаємодії. Комплексний підхід дозволяє розглядати СЕС як об'єктивний чинник адаптації, що впливає на відновлення психологічної стійкості, соціальної активності та якості життя важкопоранених комбатантів.

Таким чином, запропонована класифікація систематизує основні соціально-економічні чинники, розкриває механізм їх комплексного впливу на

соціально-психологічну адаптацію ВК, що створює теоретичне підґрунтя для подальшого вдосконалення державної політики у сфері ветеранської підтримки, орієнтованої на створення умов для відновлення самостійності, соціальної активності та повноцінної інтеграції ветеранів у суспільство.

4.5. Наукові підходи до визначення суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Проведений у попередніх підрозділах аналіз об'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів засвідчив, що ефективність відновлення після бойового поранення визначається соціально-економічними, організаційними чи інституційними умовами й індивідуальними психологічними особливостями особистості. Навіть за однакових умов медичної реабілітації, матеріального забезпечення та СП результати адаптації можуть істотно відрізнятися, що свідчить про визначальну роль суб'єктивних чинників, які відображають внутрішній психологічний потенціал людини, особливості переживання травматичного досвіду, особистісні ресурси, емоційні стани, когнітивні процеси й індивідуальні способи реагування на наслідки поранення.

У сучасній психологічній науці суб'єктивні чинники розглядаються як система внутрішніх характеристик особистості, що визначають особливості сприйняття та осмислення травматичного досвіду, оцінювання власних можливостей, вибір стратегій подолання кризових ситуацій і здатність до відновлення порушеної життєвої рівноваги. Вони охоплюють внутрішню активність особистості, психологічну готовність до змін, особистісні ресурси, особливості емоційної саморегуляції, когнітивну переробку травматичного досвіду та здатність до формування нової життєвої перспективи. Особливої актуальності дослідження суб'єктивних чинників набуває у контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, оскільки бойове поранення є психотравмувальною подією, наслідки якої виходять за

межі фізичної травми та можуть змінювати усталену систему життєдіяльності особистості. Втрата або обмеження фізичних можливостей, тривале лікування та реабілітація, необхідність переосмислення соціальної ролі, зміна професійної діяльності, трансформація сімейних взаємин і невизначеність щодо майбутнього формують комплекс психологічних реакцій, які можуть як підтримувати адаптаційний процес, так і ускладнювати його.

У зв'язку з цим суб'єктивні чинники доцільно розглядати не лише як передумови або характеристики адаптації, а як внутрішні психологічні ресурси та механізми, через які особистість осмислює наслідки поранення, визначає власні можливості, регулює поведінку та вибудовує нові способи взаємодії із соціальним середовищем. Їх дослідження дає змогу глибше розкрити закономірності соціально-психологічної адаптації після тяжкого бойового поранення та визначити психологічні ресурси, на розвиток яких має бути спрямована система державної та соціальної підтримки.

Аналіз сучасної наукової літератури свідчить про відсутність єдиного підходу до визначення суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації військовослужбовців і ветеранів. Українські та іноземні дослідники використовують різні наукові концепції, залежно від яких увага зосереджується або на негативних психологічних наслідках бойової травми, або на внутрішніх ресурсах особистості, що забезпечують її психологічне відновлення. Більшість наукових праць присвячена окремим психологічним явищам – посттравматичному стресовому розладу, депресивним проявам, тривожності, моральній травмі, резильєнтності, посттравматичному зростанню чи когнітивним змінам. Комплексний аналіз усієї системи суб'єктивних чинників у СПА важкопоранених комбатантів залишається недостатньо розробленим.

Таким чином, доцільно провести системний аналіз наявних наукових підходів, який дозволить узагальнити накопичені результати досліджень та визначити вагомі суб'єктивні чинники, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації ВК.

Аналіз наукових праць українських учених свідчить, що, незважаючи на різноманітність дослідницьких підходів, їх умовно можна об'єднати у дві групи:

І група. Охоплює дослідження, у яких основну увагу приділено психологічним наслідкам бойової травми, негативним емоційним переживанням та проявам психічної дезадаптації.

ІІ група. Об'єднує праці, присвячені внутрішнім ресурсам особистості, механізмам психологічного відновлення, розвитку резильєнтності, формуванню нової ідентичності та посттравматичному зростанню.

Поділ є умовним, проте він дозволяє систематизувати наявні наукові підходи та визначити основні напрями дослідження суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Першу групу становлять наукові праці, у яких суб'єктивні чинники розглядаються як наслідок психотравмувального впливу бойових дій і тяжкого поранення. Представники цього напряму досліджують механізми виникнення посттравматичних психічних порушень, особливості емоційного реагування та їхній вплив на процес адаптації військовослужбовців. Значну увагу цим проблемам приділяє В. Алещенко, який обґрунтував психологічні механізми розвитку посттравматичного стресу у військовослужбовців та показав, що інтенсивність переживання бойового досвіду впливає на рівень психологічної адаптації після повернення до мирного життя [7, с. 8]. Наступним напрямом досліджень стали роботи О. Блінова, присвячені психологічній діагностиці бойового стресу та посттравматичного стресового розладу. Розроблений автором спільно із С. Максименком та І. Черненком опитувальник скринінгу ПТСР дозволив комплексно оцінювати інтенсивність емоційного дистресу, нав'язливих переживань, уникнення травматичних спогадів, почуття провини, порушень сну, емоційного відчуження, агресивності, суб'єктивного сприйняття стану здоров'я, змін соціальної поведінки та ресурсного потенціалу особистості [25; 31]. Запропонований авторами інструментарій демонструє взаємозв'язок між клінічними проявами психотравми й

особистісними ресурсами, що дозволяє характеризувати суб'єктивні чинники як складну багатокомпонентну систему.

Українські вчені приділяють увагу ширшому спектру психоемоційних станів, які супроводжують процес адаптації після бойової травми. У науковій праці Н. Гоцуляк встановлено, що процес психологічної адаптації залежить від вираженості тривожності, невротичної депресії, астенічних проявів, нервово-психічного напруження та емоційного виснаження. Авторка доводить, що зі збільшенням тяжкості механічної травми закономірно посилюються емоційне відчуження, недовіра до оточення, обсесивно-фобічні прояви, психосоматичні порушення та соціальна ізоляція, що знижує адаптаційний потенціал особистості [71]. Науковим результатом роботи є встановлення взаємозв'язку між тяжкістю бойового поранення та інтенсивністю психологічної дезадаптації, що підтверджує необхідність комплексного врахування психоемоційного стану важкопоранених комбатантів під час організації реабілітаційних заходів.

Відповідні погляди висловлено у праці І. Черезової та співавторів, які розглядають ПТ як чинник виникнення життєвої кризи, що супроводжується порушенням емоційної рівноваги, когнітивної сфери та особистісної цілісності [103, с. 833]. Науковці акцентують увагу на тому, що основними суб'єктивними чинниками у цей період виступають переживання безпорадності, втрати контролю над власним життям, фрустрації базових потреб, внутрішнього конфлікту, втрати життєвих орієнтирів та надії. На відміну від більшості досліджень, присвячених переважно симптоматиці ПТСР, автори розглядають кризовий стан як процес глибокої перебудови особистості, що охоплює емоційну, когнітивну та ціннісно-смислову сфери, які розширюють уявлення про зміст суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації, демонструючи їх багатовимірний характер та взаємозалежність.

Близьку наукову позицію займають В. Зливков, С. Кузікова та С. Лукомська, які досліджують психологічні наслідки травматичного досвіду

війни крізь призму інтегративного підходу. Учені зазначають, що поряд із класичними проявами посттравматичного стресового розладу суб'єктивними чинниками дезадаптації виступають моральна травма, травматичне горювання, негативна трансформація базових переконань, інтрузивні переживання, симптоми уникнення, підвищена тривожність, емоційна відстороненість та провина людини, яка вижила. Адаптація полягає у здатності особистості до когнітивного опрацювання травматичного досвіду, пошуку нового сенсу втрати, активізації внутрішніх психологічних ресурсів та розвитку резильєнтності [146].

Подальший розвиток положень простежується у дослідженні С. Лукомської, присвяченому особливостям психологічних травм російсько-української війни, яка доводить, що процес адаптації визначається взаємодією психоемоційних і когнітивних компонентів травматичного досвіду. До суб'єктивних чинників відносить травматичне горювання, інтрузивні переживання, емоційне оніміння, почуття провини, гнів, недовіру до людей, порушення системи базових переконань та виснаження внутрішніх адаптаційних ресурсів [164]. Дослідниця підкреслює, що наявність соціальної підтримки сприяє зменшенню інтенсивності психологічних проявів травми, формуванню передумов для посттравматичного зростання, що свідчить про тісний взаємозв'язок між внутрішніми та зовнішніми ресурсами адаптації. Вагомий внесок у дослідження суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації зробили Є. Потапчук та Н. Потапчук, які запропонували розглядати наслідки бойового травматичного досвіду крізь призму особистісних (когнітивних) ресурсів військовослужбовців [225]. На основі проведеного дослідження автори встановили, що тривале перебування в умовах бойового стресу супроводжується формуванням інтегрального тривожно-депресивного комплексу, який поєднує особистісну та ситуативну тривожність із депресивними переживаннями. Одночасно відзначається погіршення когнітивного функціонування, що проявляється у зниженні концентрації уваги, погіршенні пам'яті, уповільненні мислення, когнітивному

виснаженні та зменшенні ефективності прийняття рішень [225]. Вчені дійшли висновку про те, що когнітивні ресурси виступають механізмом подальшої соціально-психологічної адаптації, тому що вони забезпечують можливість осмислення пережитого досвіду, вироблення нових моделей поведінки та ефективного розв'язання життєвих проблем.

Таким чином, представники першої групи українських науковців переважно розглядають суб'єктивні чинники як наслідки психотравмувального впливу бойових дій, акцентуючи увагу на психологічних механізмах розвитку дезадаптації. Незважаючи на відмінності у методологічних підходах, більшість авторів визнає суттєве значення тривожності, депресивних переживань, моральної травми, емоційного виснаження, когнітивних порушень, почуття провини, симптомів посттравматичного стресового розладу та втрати психологічних ресурсів у формуванні труднощів соціально-психологічної адаптації військовослужбовців після бойового поранення.

Водночас проведений аналіз свідчить і про певну спільну особливість зазначених досліджень. Основна увага вчених зосереджується переважно на виявленні психологічних проявів дезадаптації та їх клінічній характеристиці. Значно менше уваги приділяється дослідженню внутрішніх механізмів особистісного відновлення, які дозволяють важкопораненим комбатантам успішно долати наслідки бойової травми. Тому поряд із психоемоційними проявами дезадаптації виступає друга група наукових праць, у яких суб'єктивні чинники розглядаються як ресурс особистісного розвитку, психологічної стійкості та посттравматичного зростання, що створює підґрунтя для успішної соціально-психологічної адаптації.

Представники другої групи українських дослідників акцентують увагу на внутрішніх механізмах подолання кризового досвіду, відновленні особистісного потенціалу та розвитку психологічних ресурсів, які забезпечують успішну СПА.

У вітчизняній психології на важливості переосмислення травматичного досвіду наголосила Г. Абаніна, яка досліджувала можливості використання наративних практик у подоланні наслідків психотравмувальних ситуацій [1, с. 430]. Авторка обґрунтовує, що психологічне відновлення особистості відбувається через реконструкцію власної життєвої історії. Створення нового особистісного наративу дозволяє інтегрувати травматичний досвід у біографію людини, переосмислити пережиті події та сформувати нову систему життєвих смислів. Суб'єктивними чинниками адаптації виступають рефлексивність, здатність до самопізнання, осмислення власного досвіду та прийняття особистісних змін.

Розвиток положень знайшов відображення у працях В. Климчука, який системно дослідив феномен посттравматичного зростання як закономірний результат психологічного опрацювання травматичного досвіду. Науковець доводить, що пережита психотравма не завжди призводить винятково до негативних наслідків, а за певних умов може стати поштовхом до особистісного розвитку. Аналізуючи результати міжнародних досліджень, автор зазначає, що виникнення посттравматичного зростання пов'язане з когнітивною оцінкою травматичної ситуації, здатністю до позитивної реінтерпретації подій, прийняттям пережитого досвіду, оптимізмом, релігійністю, когнітивним опрацюванням травматичних спогадів та ефективними копінг-стратегіями [123, с. 49]. Активна внутрішня робота особистості визначає можливість формування позитивних особистісних змін.

Схожої наукової позиції дотримується Р. Брук, який, спираючись на архетипічний підхід К. Юнга, розглядає психологічне відновлення ветеранів як процес відновлення внутрішньої цілісності особистості. На думку дослідника, бойова травма може супроводжуватися глибокими особистісними змінами, пов'язаними з кризою ідентичності, втратою почуття власної гідності, переживанням сорому і провини, моральними суперечностями та духовним спустошенням. Умовами успішної адаптації Р. Брук визначає самоприйняття, інтеграцію травматичного досвіду в структуру особистісного

досвіду, прийняття відповідальності за власне життя, відновлення здатності до близьких міжособистісних взаємин і досягнення психологічної зрілості [43, с. 141]. Таким чином, на відміну від клінічно орієнтованих підходів, у центрі уваги Р. Брука перебувають механізми внутрішнього особистісного розвитку, через які травматичний досвід може бути переосмислений та інтегрований у систему життєвих смислів особистості. Такий підхід дає змогу розглядати самоприйняття, особистісну зрілість, здатність до осмислення травматичного досвіду та відновлення ідентичності як важливі суб'єктивні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Вагомий внесок у розвиток ресурсного підходу зробили Л. Березовська, Г. Католик, Н. Левус, які розглядають творчу діяльність як ефективний інструмент відновлення психологічної рівноваги й емоційної саморегуляції. Науковці підкреслюють, що застосування арттерапевтичних методів сприяє безпечному вираженню складних емоцій, усвідомленню внутрішніх переживань, відновленню особистісної цілісності й активізації адаптаційних ресурсів [11]. Під час адаптації розвиваються здатність до символізації травматичного досвіду, розвиток емоційної рефлексії та поступове формування позитивного образу майбутнього. Зазначену наукову позицію підтримують В. Вишньовський та І. Періг, які аналізують ефективність сучасних психологічних інтервенцій в умовах війни. Психологічна допомога повинна бути спрямована на усунення окремих симптомів психічної дезадаптації, розвиток внутрішніх психологічних ресурсів особистості, формування навичок саморегуляції, підвищення психологічної стійкості, відновлення самоефективності та здатності до активного подолання життєвих труднощів, що відповідає сучасній тенденції переходу від патогенетичної до ресурсної моделі психологічної допомоги ветеранам [53, с. 37].

У дослідженні О. Ковтун суб'єктивні чинники адаптації розглядаються крізь призму психологічних механізмів соціалізації [230, с. 335]. Успішність адаптаційного процесу, на думку дослідниці, пов'язана з розвитком рефлексії, ідентифікації, когнітивної трансформації, інтеріоризацією нових соціальних

норм, формуванням соціальної ідентичності та здатністю особистості до самоорганізації. Зазначені механізми відображають активну внутрішню роботу особистості, спрямовану на осмислення змін, переоцінювання власного досвіду та вибудовування нових способів взаємодії із соціальним середовищем. На відміну від підходів, у яких основна увага зосереджується на зовнішніх умовах соціалізації або організаційних механізмах підтримки, О. Ковтун акцентує увагу на внутрішній активності особистості та її здатності самостійно опрацьовувати зміни, що виникають у процесі взаємодії із соціальним середовищем.

Узагальнюючи результати аналізу другої групи наукових праць, можна констатувати, що їх об’єднує принципово інше розуміння суб’єктивних чинників соціально-психологічної адаптації. Якщо представники першого напряму переважно акцентують увагу на психоемоційних наслідках бойової травми та їх негативному впливі на функціонування особистості, то ресурсний підхід розглядає внутрішній психологічний потенціал людини як основний механізм подолання кризової ситуації. У центрі уваги дослідників перебувають рефлексивність, самоприйняття, особистісна відповідальність, когнітивне переосмислення пережитого досвіду, психологічна стійкість, посттравматичне зростання, формування нової ідентичності та здатність до відновлення життєвих смислів. Вони відображають різні, але взаємодоповнювальні сторони єдиного процесу соціально-психологічної адаптації. Перший напрям ґрунтовно описує психологічні прояви дезадаптації, однак недостатньо розкриває механізми їх подолання. Другий, навпаки, детально аналізує внутрішні ресурси особистості, проте значно менше уваги приділяє впливу тяжкості бойового поранення, фізичних обмежень та психофізіологічних наслідків травми на процес особистісного відновлення. Більшість проаналізованих праць присвячена військовослужбовцям або ветеранам. Специфіка важкопоранених комбатантів, які одночасно переживають бойову психотравму, фізичні обмеження, втрату професійної ролі та необхідність тривалої медико-психологічної реабілітації, залишається

недостатньо висвітленою, що обумовлює необхідність подальшої систематизації суб'єктивних чинників з урахуванням особливостей адаптації цієї категорії.

Порівняльний аналіз зарубіжних наукових праць свідчить, що, на відміну від української психологічної науки, у якій переважають дослідження наслідків бойової психотравми та шляхів психологічної реабілітації військовослужбовців, іноземні вчені розкривають суб'єктивні чинники у взаємозв'язку з фізичним здоров'ям, соціальними відносинами, професійною самореалізацією, якістю життя та рівнем функціональної незалежності. Як і в українських дослідженнях, у зарубіжній науковій літературі можна виокремити дві групи підходів:

I група. Представники зосереджують увагу переважно на клініко-психологічних наслідках бойової травми.

II група. Розглядає суб'єктивні чинники крізь призму особистісних ресурсів, розвитку резильєнтності, активної участі ветерана у власному відновленні та підвищення якості життя.

До першої групи належать дослідження, присвячені взаємозв'язку між симптомами посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожності, порушеннями сну та ефективністю соціально-психологічної адаптації. До вивчення цього питання зверталися С. Абрамов та А. Кириченко, які зазначають, що психологічний портрет сучасного комбатанта формується під впливом тривалого бойового стресу, який призводить до розвитку стрес-асоційованих розладів, зміни емоційної сфери, когнітивного функціонування та поведінкових реакцій [346]. На думку авторів, психологічні особливості особистості визначають індивідуальну вразливість до розвитку посттравматичних порушень і подальшу здатність до соціального відновлення. Подібної позиції дотримуються Л. Ворнер, П. Гейнс, М. Келлі та інші, які досліджували взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом, депресивними проявами та порушеннями сну у ветеранів [358]. Результати проведеного ними дослідження засвідчили, що психоемоційні

порушення взаємно підсилюють одне одного, формуючи стійке коло психологічної дезадаптації. Автори довели, що комплексні когнітивно-поведінкові втручання забезпечують одночасне зменшення симптомів ПТСР, депресії та інсомнії, що позитивно позначається на рівні повсякденного функціонування ветеранів.

Вагомий внесок у дослідження порушень сну зробили С. Вордл-Пінкстон, Т. Кін, Дж. Мінц, Д. Тейлорта та ін. Вони розглядають інсомнію як самостійний суб'єктивний чинник, що сприяє підтриманню симптоматики посттравматичного стресового розладу та ускладнює процес психологічного відновлення [456]. Нормалізація сну сприяє покращенню когнітивних функцій, емоційної регуляції, концентрації уваги та психічної працездатності, що є умовою успішної адаптації після бойової травми.

Схожі результати отримали С. Драммонд, К. Гутнер та Е. Педерсен, які досліджували терапевтичні потреби ветеранів із посттравматичним стресовим розладом, депресією та безсонням [378]. Автори встановили, що успішність психологічної допомоги визначається готовністю ветеранів брати активну участь у лікуванні, рівнем довіри до фахівців та індивідуальними уподобаннями щодо методів психотерапії.

У сучасному науковому дискурсі окрему увагу приділено дослідженню впливу бойового досвіду на сексуальне здоров'я військовослужбовців. За результатами систематичного огляду А. Бібі, М. Інам, М. Ірфан та Б. Ішак встановлено, що сексуальні дисфункції після участі у бойових діях тісно пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, депресивними переживаннями, тривожністю та порушеннями емоційної регуляції [426]. Зазначені порушення негативно впливають на сімейні взаємини, самооцінку, відчуття власної повноцінності та соціальну інтеграцію ветеранів.

Таким чином, аналіз першої групи зарубіжних досліджень свідчить, що більшість авторів розглядає суб'єктивні чинники як психологічні механізми, які визначають інтенсивність проявів посттравматичних розладів та рівень повсякденного функціонування ветеранів. На відміну від значної частини

українських досліджень, акцент переноситься із опису окремих симптомів на оцінювання їхнього впливу на якість життя, функціональну незалежність та ефективність реабілітаційних програм. Подібний підхід свідчить про поступовий перехід від суто клінічного розуміння психологічної адаптації до її функціонального трактування, у межах якого центральне місце займає здатність людини підтримувати повноцінне соціальне функціонування.

Представники другої групи зарубіжних досліджень акцентують увагу на ресурсному підході до СПА ветеранів, зосереджуючись на розвитку їхніх адаптаційних можливостей, резильєнтності та активної участі у процесі відновлення.

Методологічні позиції висвітлили С. Гіббонс і Л. Мільйоре, які досліджували взаємозв'язок психологічної стійкості, соціальної підтримки й адаптаційних можливостей ветеранів. Автори довели, що резильєнтність формується як результат взаємодії особистісних характеристик із соціальним середовищем і забезпечує здатність людини ефективно долати наслідки бойової травми, підтримувати позитивне бачення майбутнього та відновлювати життєву активність [373]. У дослідженні обґрунтовано важливість розвитку оптимізму, самоконтролю, емоційної регуляції, когнітивної гнучкості, упевненості у власних силах та ефективного використання соціальних ресурсів як психологічних чинників адаптації.

Сучасні зарубіжні дослідження демонструють, що навіть за наявності достатніх внутрішніх ресурсів процес адаптації може ускладнюватися соціально-психологічними бар'єрами. Одним із таких є стигматизація психічних розладів, яка залишається поширеним явищем серед військовослужбовців і ветеранів. Науковці зазначають, що страх втрати професійної репутації, небажання демонструвати психологічну вразливість, побоювання негативної оцінки з боку товаришів по службі та суспільства знижують готовність ветеранів своєчасно звертатися за психологічною допомогою [391; 454]. У результаті суб'єктивне сприйняття власних психологічних труднощів стає вагомішим чинником дезадаптації, ніж

об’єктивна наявність психологічних проблем. Воно визначає готовність людини визнавати труднощі, приймати допомогу та використовувати доступні ресурси підтримки.

Іноземні науковці досліджують також концепцію «пацієнтоорієнтована допомога», відповідно до якої успішність адаптації визначається ступенем залучення людини до процесу прийняття рішень щодо власного лікування та реабілітації. У її межах психологічна допомога є партнерською взаємодією між фахівцем і ветераном, заснована на повазі до особистісних потреб, життєвого досвіду й індивідуальних цінностей, що сприяє розвитку автономності, підвищенню мотивації до реабілітації, формуванню довіри до системи допомоги та зміцненню психологічної самоефективності [391]. Значна кількість сучасних міжнародних досліджень підтверджує, що суб’єктивним чинником адаптації виступає психологічна гнучкість, яка забезпечує здатність людини приймати незворотні наслідки травми, адаптувати власні життєві цілі до нових умов, конструктивно реагувати на фізичні обмеження та підтримувати активну соціальну взаємодію. Вона сприяє зниженню рівня емоційного дистресу, підвищує ефективність копінг-стратегій та створює передумови для посттравматичного зростання, що підтверджується результатами багатьох емпіричних досліджень останніх років [358].

Узагальнюючи результати аналізу другої групи зарубіжних досліджень, можна констатувати, що сучасна міжнародна наука поступово відходить від вузького трактування адаптації як процесу подолання симптомів психічних розладів. Більшого значення набуває цілісний біопсихосоціальний підхід, у межах якого суб’єктивні чинники охоплюють емоційні та когнітивні характеристики особистості, її життєві цілі, мотивацію, систему цінностей, рівень самоефективності, психологічну гнучкість, здатність до саморегуляції та активної взаємодії із соціальним середовищем.

Порівняння наукових праць українських і зарубіжних учених свідчить про спільне розуміння визначальної ролі суб’єктивних чинників у процесі соціально-психологічної адаптації комбатантів після бойової травми.

Незважаючи на відмінності методологічних підходів, більшість дослідників пояснює, що внутрішні психологічні характеристики особистості – це основна передумова успішного відновлення, соціальної інтеграції та повернення до повноцінного функціонування. Водночас наявні концептуальні відмінності між українськими та зарубіжними науковими підходами. Українські дослідники переважно зосереджують увагу на вивченні психологічних наслідків бойової травми, посттравматичного стресового розладу, моральної травми, емоційної дезадаптації та пошуку ефективних психотерапевтичних засобів їх подолання. У зарубіжних дослідженнях поряд із клініко-психологічною проблематикою значного розвитку набули ресурсно орієнтовані концепції, у межах яких основна увага приділяється розвитку резильєнтності, самоефективності, психологічної гнучкості, активної участі ветерана у власному відновленні, підвищенню якості життя та збереженню функціональної незалежності. Спільною особливістю більшості проаналізованих досліджень є те, що суб'єктивні чинники розглядаються як окремі психологічні феномени або ресурси особистості. Значно менше уваги приділяється їх системній взаємодії та комплексному впливу на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, які, окрім психотравматичного досвіду, стикаються з тривалими фізичними обмеженнями, необхідністю зміни соціальних ролей, професійної діяльності та способу життя, що свідчить про наявність наукової прогалини, яка потребує подальшого теоретичного осмислення.

Проведений аналіз наукових джерел дає підстави стверджувати, що суб'єктивні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів є системою внутрішніх характеристик особистості, які перебувають у постійній взаємодії, взаємно посилюють або послаблюють один одного та комплексно визначають перебіг адаптаційного процесу. З огляду на це пропонуємо систематизацію суб'єктивних чинників, яка ґрунтується на їх функціональній ролі у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Систематизація суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Група чинників	**Чинники**	**Характеристика впливу на процес соціально-психологічної адаптації**
Особистісні	Резильєнтність і психологічна стійкість	Забезпечують мобілізацію внутрішніх ресурсів, конструктивне подолання стресових ситуацій та збереження ефективного функціонування після бойового поранення
	Самоефективність і відповідальність за власне відновлення	Визначають активність комбатанта у процесі реабілітації, готовність приймати рішення, підтримувати мотивацію та брати участь у відновленні власного життя
	Самоприйняття і нова особистісна ідентичність	Сприяють прийняттю фізичних і психологічних змін, формуванню нового образу «Я» та інтеграції травматичного досвіду у життєву перспективу
	Рефлексивність і смисложиттєві орієнтації	Забезпечують осмислення пережитого досвіду, формування нових життєвих цілей та позитивної перспективи майбутнього
Психофізіо-логічні	Фізичний біль і функціональні обмеження	Визначають рівень повсякденної активності, самостійності, професійної реалізації та соціальної взаємодії
	Порушення сну і хронічна втома	Знижують адаптаційний потенціал, погіршують емоційну регуляцію, працездатність та когнітивне функціонування
	Когнітивне функціонування і концентрація уваги	Впливають на здатність до навчання, прийняття рішень, планування діяльності та професійної реінтеграції
	Соматичне самопочуття і суб'єктивна оцінка здоров'я	формують сприйняття власних можливостей, впливають на психологічне благополуччя та готовність до активної соціальної взаємодії

Продовження табл. 4.4

Група чинників	**Чинники**	**Характеристика впливу на процес соціально-психологічної адаптації**
Психоемоційні	Посттравматичний стрес і моральна травма	Зумовлюють особливості переживання бойового досвіду, впливають на поведінку, міжособистісні відносини та соціальне функціонування
	Тривожність і депресивні переживання	Знижують адаптаційні можливості, мотивацію до відновлення та загальну якість життя
	Емоційна регуляція і стресостійкість	Забезпечують контроль емоційних реакцій, конструктивне подолання труднощів та підтримання психологічної рівноваги
	Почуття провини і сорому	Ускладнюють прийняття власного стану, знижують самооцінку та перешкоджають соціальній інтеграції

Запропонована систематизація відображає комплексний характер соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів та демонструє взаємозалежність внутрішніх психологічних процесів, які визначають її перебіг. На відміну від більшості проаналізованих наукових підходів, у яких окремі психологічні характеристики розглядаються ізольовано, запропонована класифікація ґрунтується на їх функціональному призначенні у процесі адаптації та об’єднує споріднені чинники в цілісні змістові групи. Зміни в одному із зазначених компонентів відображаються на функціонуванні інших, що обумовлює необхідність їх комплексного дослідження.

Таким чином, у сучасній науковій літературі переважає вивчення окремих аспектів адаптації – посттравматичного стресового розладу, резильєнтності, психологічної стійкості, когнітивних порушень або фізичних наслідків бойового поранення. Значно рідше чинники аналізуються як система, а специфіка їх прояву у ВК залишається недостатньо висвітленою, що

обмежує можливість комплексного розуміння закономірностей соціально-психологічної адаптації та розроблення інтегрованих програм державної підтримки.

Запропонована систематизація покликана усунути зазначену прогалину шляхом інтеграції результатів українських і зарубіжних досліджень у єдину концептуальну модель. Її практичне значення полягає у можливості використовувати визначені групи чинників як основу для подальшого аналізу механізмів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, розроблення комплексних заходів психологічної реабілітації та державної підтримки.

4.6. Особистісні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є складним багаторівневим процесом, успішність якого визначається характером отриманих ушкоджень, ефективністю медичної допомоги чи умовами СП, особливостями функціонування особистості. Внутрішні психологічні ресурси забезпечують здатність людини прийняти незворотні зміни, зберегти активну життєву позицію, відновити суб’єктність та інтегрувати досвід бойового поранення у власну життєву історію. Особистісні чинники виступають допоміжним елементом реабілітації, механізмом, що визначає успішність подальшої соціально-психологічної адаптації.

На відміну від традиційного уявлення про адаптацію як процес пристосування до нових умов життя, сучасні психологічні концепції трактують її як активний процес особистісних змін, у межах якого людина реагує на зовнішні обставини, переосмислює власний досвід, трансформує систему життєвих цінностей, формує нові способи взаємодії із соціальним середовищем та вибудовує перспективу подальшого життя [20; 34; 98; 99]. Для важкопоранених комбатантів наслідки бойового поранення змінюють майже

всі сфери життєдіяльності – фізичне функціонування, професійну діяльність, сімейні ролі, соціальні зв’язки, систему цінностей і уявлення про власне майбутнє.

Специфіка соціально-психологічної адаптації ВК полягає у тому, що основним її результатом має стати формування нової моделі життєдіяльності, у якій людина, незважаючи на фізичні обмеження та пережиту психотравмувальну подію, зберігає здатність до самореалізації, соціальної активності та особистісного розвитку. Відповідно, психологічна реабілітація повинна бути спрямована на розвиток тих особистісних ресурсів, які забезпечують довготривалу адаптацію та успішну соціальну реінтеграцію.

Подібний підхід узгоджується з сучасними науковими уявленнями про ресурсну природу адаптації. Представники ресурсного підходу пов’язують успішність подолання кризових ситуацій із наявністю внутрішніх психологічних характеристик, що забезпечують стійкість до стресу, підтримання продуктивної діяльності та збереження психологічного благополуччя навіть за умов тривалого психоемоційного навантаження [20; 34; 98]. У межах адаптаційного підходу особистісні ресурси розглядаються як інтегральний адаптаційний потенціал, який охоплює мотиваційні, когнітивні, емоційно-вольові та поведінкові компоненти і визначає здатність людини ефективно функціонувати в нових життєвих умовах [99; 150; 214]. Концепції позитивної психології доповнюють положення, акцентуючи увагу на розвитку сильних сторін особистості, психологічної стійкості, оптимізму, самоефективності, психологічного благополуччя та посттравматичного зростання як умов відновлення після психотравмувальних подій [74; 107].

Попри відмінності у трактуванні окремих складових особистісних ресурсів, аналіз сучасних наукових праць дає підстави стверджувати, що їх об’єднує спільна ідея: адаптаційний потенціал формується взаємодією психологічних якостей. Системність ресурсів забезпечує можливість людини конструктивно реагувати на складні життєві обставини, підтримувати внутрішню активність і поступово відновлювати повноцінне функціонування

після бойового поранення. Такий висновок простежується у працях С. Бєлая, О. Дубчак, Н. Пономарчук та ін. дослідників, які, незважаючи на різні методологічні підходи, наголошують на комплексному характері особистісних чинників адаптації [18; 99; 219].

Таким чином, більшість наявних досліджень присвячена окремим психологічним феноменам – психологічній стійкості, мотивації, резильєнтності, самоставленню чи психологічному благополуччю. Значно менше уваги приділяється дослідженню закономірностей їх взаємодії у процесі СПА важкопоранених комбатантів. Інтеграція компонентів визначає здатність особистості сформувати нову якість життєдіяльності, що поєднує психологічну стійкість, активну життєву позицію, усвідомлену мотивацію до відновлення та готовність до подальшої соціальної самореалізації.

З огляду на це, у структурі особистісних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів доцільно виокремити три взаємопов'язані групи психологічних ресурсів:

I. Регуляторні ресурси – психологічна стійкість, емоційна саморегуляція, конструктивні копінг-стратегії та резильєнтність, які забезпечують здатність особистості регулювати емоційні реакції, долати стресові впливи та підтримувати відносну стабільність функціонування в умовах травматичного досвіду.

II. Мотиваційно-смислові ресурси – внутрішня мотивація, життєві смисли, цілепокладання, самоефективність і здатність до формування життєвої перспективи, що визначають спрямованість активності особистості, її готовність до змін та участі у процесі відновлення.

III. Ресурси позитивного функціонування – самоприйняття, психологічне благополуччя, оптимізм і посттравматичне зростання, які відображають здатність особистості зберігати позитивне ставлення до себе, підтримувати суб'єктивне відчуття благополуччя та знаходити нові можливості для особистісного розвитку після травматичного досвіду.

Запропонована структура охоплює ключові психологічні ресурси, через які реалізуються основні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Їх взаємодія забезпечує регуляцію психоемоційного стану, підтримання мотивації до відновлення, переосмислення травматичного досвіду, формування нових життєвих орієнтирів та відновлення активного соціального функціонування. Така систематизація може бути використана як теоретико-методологічна основа для розроблення та вдосконалення програм психологічної реабілітації важкопоранених комбатантів.

Виділення регуляторних особистісних ресурсів в окрему групу зумовлене тим, що вони забезпечують первинну реакцію особистості на кризову ситуацію та визначають характер її подальшої адаптації. Якщо мотиваційно-смислові ресурси відповідають за стратегічний напрям особистісного розвитку, а ресурси позитивного функціонування – за відновлення психологічного благополуччя та нової ідентичності, то регуляторні механізми створюють психологічне підґрунтя для стабілізації емоційного стану, збереження поведінкової активності та підтримання здатності приймати конструктивні рішення в умовах тривалого стресу. Для важкопоранених комбатантів значення зазначеної групи ресурсів суттєво зростає. Наслідки бойового поранення супроводжуються тривалим психоемоційним напруженням, невизначеністю щодо майбутнього, зміною соціальних ролей та необхідністю прийняття нових життєвих обставин, де регуляторні ресурси забезпечують можливість особистості зберігати психологічну рівновагу, контролювати власний емоційний стан, підтримувати активну участь у лікуванні та поступово переходити від переживання втрати до відновлення життєвої активності.

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що у вітчизняній психології поняття психологічної стійкості, стресостійкості, емоційної саморегуляції, копінг-поведінки та резильєнтності тривалий час розвивалися як відносно самостійні наукові напрями. Підхід сприяв глибокому дослідженню окремих

феноменів, однак ускладнив розуміння їх ролі як компонентів єдиної системи адаптаційного потенціалу особистості. Станом на сьогодні дослідники схиляються до інтегративного розуміння характеристик, розглядаючи їх як механізми, що забезпечують успішне функціонування людини в екстремальних умовах [20; 34; 99; 119; 163; 187].

Центральне місце серед регуляторних ресурсів посідає психологічна стійкість. Узагальнення наукових праць М. Білової, І. Болотнікової, Р. Кириченка, Г. Ломакіна, Л. Тютюнник, Л. Наугольника, І. Ушакової та А. Харченко дає підстави характеризувати її як здатність людини витримувати значне психоемоційне навантаження, комплексну властивість особистості, що забезпечує збереження цілеспрямованої діяльності, емоційної врівноваженості, когнітивної гнучкості та поведінкової ефективності за умов тривалого впливу несприятливих чинників [20; 34; 119; 163; 187; 314; 316; 323 та ін.]. У межах досліджуваної проблематики психологічна стійкість не зводиться до пасивної здатності переносити труднощі. Вона забезпечує активне регулювання власного психічного стану, підтримує продуктивність діяльності та створює передумови для конструктивного переосмислення кризового досвіду. Психологічна стійкість є недостатньо висвітленою у сучасних дослідженнях адаптації важкопоранених комбатантів. Часто інтерпретується як здатність протидіяти негативному впливу стресу або мінімізувати його наслідки. Проте в умовах тяжкого бойового поранення її функція є значно ширшою. Вона забезпечує перехід від реактивного переживання травматичної події до активного управління власним життям. Психологічна стійкість виступає механізмом відновлення суб’єктності особистості, тому що дозволяє людині поступово повернути відчуття контролю над власними рішеннями, поведінкою та життєвою перспективою.

Якщо розглядати її винятково як індивідуальну рису, психологічний супровід буде спрямований переважно на оцінку її рівня та компенсацію виявлених дефіцитів. Розуміння психологічної стійкості як динамічного ресурсу відкриває можливості для її цілеспрямованого розвитку в процесі

психологічної допомоги. Таким чином, пріоритетним завданням реабілітації має стати створення умов, за яких ВК поступово набуває досвіду успішного подолання труднощів, відновлює впевненість у власних можливостях і повертає активну роль у процесі власного відновлення.

Психологічна стійкість не може забезпечити успішну соціально-психологічну адаптацію без сформованих механізмів емоційної саморегуляції. Навіть за високої мотивації до відновлення та достатнього адаптаційного потенціалу тривале перебування у стані емоційного виснаження, неконтрольованої тривоги чи внутрішньої напруги знижує ефективність реабілітаційного процесу. Емоційна саморегуляція – це базовий механізм реалізації особистісних ресурсів, який забезпечує можливість їх практичного використання у повсякденній життєдіяльності.

Аналіз наукових праць свідчить, що більшість дослідників пов’язує емоційну саморегуляцію зі здатністю особистості усвідомлювати власні емоційні стани, контролювати їх прояви, знижувати інтенсивність деструктивних переживань та обирати адекватні способи реагування залежно від особливостей ситуації [119; 163; 187; 314; 316 та ін.]. Для військовослужбовців професійна діяльність тривалий час відбувається в умовах підвищеного ризику, дефіциту часу для прийняття рішень та значного психоемоційного навантаження. Проте після отримання тяжкого поранення функції емоційної саморегуляції змінюються. Якщо під час виконання бойових завдань її основним призначенням є забезпечення ефективності діяльності в екстремальних умовах, то в процесі реабілітації вона стає передумовою прийняття нової життєвої ситуації, відновлення психологічної рівноваги та повернення до активного соціального життя. Переважна більшість наукових праць аналізує емоційну саморегуляцію як інструмент контролю негативних емоційних станів. Для важкопоранених комбатантів її значення значно ширше – це зменшення проявів тривоги, страху чи емоційної напруги. Саморегуляція забезпечує здатність підтримувати психологічну активність упродовж тривалого періоду лікування, конструктивно переживати

тимчасові невдачі, адаптуватися до змін фізичних можливостей та поступово відновлювати довіру до власних сил. Тому ефективність емоційної саморегуляції доцільно оцінювати за її внеском у відновлення активної життєвої позиції особистості.

Тісно пов'язаним із саморегуляцією є копінг як система способів подолання складних життєвих ситуацій. Аналіз сучасних досліджень свідчить про поступовий перехід від розуміння копінгу як сукупності окремих поведінкових стратегій до його трактування як динамічного процесу, що охоплює когнітивну оцінку ситуації, мобілізацію внутрішніх ресурсів, вибір способів реагування та їх постійну корекцію залежно від змін життєвих обставин, що відповідає особливостям адаптації ВК, тому що їхній процес відновлення характеризується тривалістю, багатокомпонентністю та постійною зміною реабілітаційних завдань [20; 98; 99; 163 та ін.].

Конструктивний копінг виступає механізмом особистісної перебудови. Завдяки використанню адаптивних копінг-стратегій людина поступово переходить від пасивного переживання наслідків травми до активного вирішення життєвих проблем, від очікування зовнішньої допомоги – до усвідомлення власної відповідальності за результати відновлення, від зосередженості на втратах – до пошуку нових можливостей для самореалізації. Трансформація потрібна для успішної соціально-психологічної адаптації.

Таким чином, розвиток емоційної саморегуляції та конструктивних копінг-стратегій повинен розпочинатися вже на ранніх етапах психологічної реабілітації. На госпітальному етапі першочерговим завданням є навчання важкопоранених комбатантів базовим способам стабілізації психоемоційного стану, розпізнавання власних емоційних реакцій, зниження рівня психічного напруження та відновлення відчуття психологічного контролю. На наступних етапах реабілітації психологічна робота має бути спрямована на розширення репертуару конструктивних копінг-стратегій, розвиток когнітивної гнучкості, формування навичок самоспостереження та самопідтримки, що створює

умови для ефективного вирішення життєвих проблем після завершення лікування.

Для розвитку регуляторних особистісних ресурсів важливе значення має резильєнтність, яка в сучасній психологічній науці розглядається як здатність особистості витримувати вплив несприятливих обставин, відновлюватися після пережитих кризових подій та адаптуватися до нових життєвих умов. Водночас резильєнтність характеризує потенціал особистості до позитивних змін і здатність використовувати набутий травматичний досвід як ресурс подальшого особистісного розвитку. У зв'язку з цим у сучасних наукових концепціях резильєнтність розглядається як важливий чинник успішної соціально-психологічної адаптації осіб, які пережили психотравмувальні події, оскільки сприяє відновленню психологічної рівноваги, підтриманню адаптивного функціонування та формуванню нових способів подолання життєвих труднощів [74; 83; 107 та ін.].

У вітчизняній і зарубіжній психології простежується поступова зміна підходів до розуміння резильєнтності. Якщо перші дослідження пов'язували її переважно з індивідуальними психологічними властивостями особистості, то сучасні наукові концепції розглядають резильєнтність як динамічний процес, що формується під впливом взаємодії особистісних, соціальних і середовищних чинників. Такий підхід представлений у працях О. Даценко, О. Завгородньої, В. Климчука, Е. Грейтенса та інших дослідників, які наголошують на можливості цілеспрямованого розвитку резильєнтності впродовж життя під впливом позитивного досвіду, психологічної допомоги та соціальної підтримки [74; 83; 107; 123 та ін.]. Інтерпретація відповідає особливостям СПА важкопоранених комбатантів. Після бойового поранення людина опиняється в ситуації, коли повернення до попереднього способу життя часто є неможливим. У таких умовах головним завданням стає формування нової моделі життєдіяльності, яка враховує змінені фізичні можливості, нові соціальні ролі та переосмислені життєві пріоритети. Резильєнтність забезпечує психологічні передумови для переходу, тому що

сприяє прийняттю змін, підтримує готовність до опанування нового досвіду та знижує ризик зациклености особистості на переживанні втрати.

Психологічна стійкість і резильєнтність є компонентами регуляторного потенціалу особистості. Якщо психологічна стійкість забезпечує збереження функціональної рівноваги в умовах психоемоційного навантаження, то резильєнтність визначає здатність людини виходити за межі відновлення попереднього стану та переходити до якісно нового рівня особистісного функціонування. Тому ізольований розвиток одного з цих ресурсів не забезпечує повноцінної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Практична цінність підходу полягає у зміні пріоритетів психологічної реабілітації. Тривалий час її основною метою вважалося зниження вираженості негативних психологічних проявів – тривоги, депресивних реакцій, емоційної нестабільності чи симптомів посттравматичного стресового розладу. Хоча така допомога залишається необхідною, вона не може бути кінцевою метою реабілітаційного процесу. Більш перспективним видається підхід, орієнтований на розвиток резильєнтності як ресурсу, що забезпечує активне відновлення життєвої перспективи, формування нових життєвих цілей і повернення до продуктивної взаємодії із соціальним середовищем. Розвиток резильєнтності має передбачати використання психотерапевтичних методів, створення реабілітаційного середовища, яке підтримує автономність особистості, стимулює її активну участь у процесі відновлення. Вона сприяє формуванню досвіду успішного подолання труднощів та поступовому розширенню соціальної активності. Резильєнтність перестає бути абстрактною психологічною характеристикою і перетворюється на реальний механізм довготривалої соціально-психологічної адаптації.

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що регуляторні особистісні ресурси є фундаментом СПА важкопоранених комбатантів. Вони забезпечують можливість конструктивного реагування на наслідки бойового поранення, підтримують психологічну активність особистості та створюють

передумови для подальшого відновлення мотиваційної, ціннісної й соціальної сфер. Їх розвиток не відбувається спонтанно. За відсутності цілеспрямованої психологічної підтримки тривале перебування у стані фізичного болю, функціональних обмежень, невизначеності щодо майбутнього та втрати звичних соціальних ролей може призводити до виснаження адаптаційного потенціалу, зниження активності та формування дезадаптивних моделей поведінки. Тому основним завданням психологічної реабілітації має стати виявлення рівня розвитку регуляторних ресурсів, їх систематичне зміцнення на всіх етапах відновлення.

Розвиток психологічної стійкості, емоційної саморегуляції, конструктивних копінг-стратегій та резильєнтності повинен бути безперервним процесом, інтегрованим у загальну систему медичної та психологічної реабілітації. Ефективність роботи залежить від своєчасності її початку. Уже на госпітальному етапі потрібно здійснювати первинну психологічну оцінку регуляторних ресурсів, яка дозволяє визначити актуальний психоемоційний стан комбатанта, його здатність до конструктивного подолання труднощів, рівень самоконтролю, особливості реагування на стрес та готовність до активної участі у процесі відновлення. Оцінка має використовуватися як основа для індивідуалізації психологічного супроводу.

Необхідно формувати навички емоційної саморегуляції: розвивати здатність розпізнавати власні емоційні стани, усвідомлювати їхній вплив на поведінку та застосовувати конструктивні способи відновлення психологічної рівноваги. Досягненню мети сприяє використання когнітивно-поведінкових технік, методів усвідомленості, дихальних вправ, прогресивної м’язової релаксації, навичок емоційної декатастрофізації та інших методів психологічної самодопомоги. Результатом роботи має стати зниження інтенсивності негативних переживань і підвищення здатності особистості ефективно функціонувати в умовах тривалого реабілітаційного процесу.

Основним напрямом розвитку регуляторних особистісних ресурсів є формування конструктивних копінг-стратегій. У процесі психологічного

супроводу доцільно створювати умови, за яких важкопоранений комбатант поступово переходить від уникнення проблем, пасивного очікування допомоги або емоційного реагування на труднощі до активного пошуку способів їх подолання та вирішення. Важливим завданням є формування проблемно-орієнтованого копінгу, розвиток когнітивної гнучкості, навичок прийняття рішень, самостійного визначення можливих способів подолання труднощів і здатності ефективно використовувати доступні соціальні ресурси. Такий підхід сприяє підвищенню суб'єктності ВК у процесі відновлення, посиленню відчуття контролю над власним життям та формуванню активної позиції щодо подолання наслідків травматичного досвіду.

Водночас психологічна допомога має враховувати, що окремі стратегії, які були ефективними під час виконання бойових завдань, не завжди залишаються адаптивними у процесі мирного життя та тривалої реабілітації. Тому завданням психолога є допомога комбатанту у переосмисленні звичних моделей реагування та формуванні нових, більш ефективних способів взаємодії із соціальним середовищем.

Формування резильєнтності доцільно здійснювати через поступове розширення сфери самостійності комбатанта, підтримку його активної участі у прийнятті рішень щодо власного лікування, створення ситуацій успішного подолання труднощів, залучення до взаємодії з іншими ветеранами, які мають позитивний досвід адаптації після тяжкого поранення. Переживання власної ефективності, можливості впливати на події власного життя та отримання позитивного соціального досвіду сприяють її зміцненню значно більше, ніж пасивне отримання психологічної допомоги.

Отже, розвиток регуляторних особистісних ресурсів не є самостійною метою психологічної реабілітації. Їх основне призначення полягає у створенні психологічних передумов для подальшого відновлення мотиваційно-смислової сфери, позитивного самоставлення та формування нової життєвої перспективи. Ефективність програм психологічної допомоги доцільно оцінювати за здатністю важкопораненого комбатанта підтримувати активну

життєву позицію, брати відповідальність за власне відновлення, приймати нові життєві виклики та поступово інтегруватися у сімейне, професійне й суспільне життя.

Регуляторні особистісні ресурси виступають початковою ланкою процесу соціально-психологічної адаптації, забезпечуючи стабілізацію психоемоційного стану та відновлення здатності особистості до активного функціонування. Проте їх реалізація не є достатньою умовою повноцінної адаптації. Довготривале відновлення можливе лише за умови формування внутрішньої мотивації до змін, переосмислення життєвих цілей, відновлення особистісних смислів і побудови реалістичної життєвої перспективи.

Після стабілізації психоемоційного стану та розвитку регуляторних особистісних ресурсів потрібно застосовувати мотиваційно-смислові чинники соціально-психологічної адаптації, які визначають спрямованість поведінки людини, її готовність брати активну участь у реабілітаційному процесі, долати труднощі та вибудовувати нову життєву перспективу.

У сучасній психологічній літературі мотивація розглядається як складна система внутрішніх спонукань, що визначає активність особистості, її здатність формувати цілі, приймати рішення та підтримувати зусилля, необхідні для їх досягнення. У працях С. Бєлай, І. Каряки, Н. Пономарчук, І. Приходько та ін. дослідників підкреслюється, що мотиваційна сфера істотно впливає на ефективність професійної діяльності військовослужбовців, їх психологічну готовність до подолання труднощів і здатність зберігати активність в умовах тривалого стресу [18; 71; 79; 219; 232 та ін.].

В умовах тяжкого бойового поранення мотивація набуває якісно нового змісту. Якщо до поранення вона була пов’язана переважно з виконанням службових завдань, професійною самореалізацією чи військовою кар’єрою, то після травми її основою стає прагнення відновити власну автономність, зберегти соціальну активність, повернутися до сімейного життя, професійної діяльності або знайти нові можливості для самореалізації. Переорієнтація

мотиваційної сфери є психологічним механізмом успішної соціально-психологічної адаптації.

Дослідження В. Климчука, В. Шебанової, О. Левенець та ін. науковців свідчать, що усвідомлення особистісно значущих цілей, цінностей і життєвих пріоритетів сприяє підвищенню психологічної стійкості, підтримує мотивацію до відновлення та зменшує ризик розвитку дезадаптивних реакцій [123; 155; 338 та ін.]. Пошук нових смислів після тяжкого поранення є тривалим процесом переосмислення власного досвіду, можливостей і майбутнього. Здатність людини бачити перспективу власного життя є тим чинником, який відрізняє формальне завершення реабілітації від справжньої соціально-психологічної адаптації. Коли комбатант починає сприймати майбутнє як простір нових можливостей, змінюється його ставлення до лікування, навчання, працевлаштування та соціальної взаємодії. У такому разі реабілітація стає етапом побудови нового життєвого сценарію.

Важливим компонентом мотиваційно-смислових ресурсів є самоефективність, яка визначається як переконаність людини у власній здатності успішно виконувати поставлені завдання та впливати на перебіг подій. На відміну від мотивації, яка відповідає на запитання «Чому я хочу діяти?», самоефективність визначає відповідь на запитання «Чи вірю я, що здатний досягти бажаного результату?». Рівень самоефективності безпосередньо впливає на готовність важкопораненого комбатанта долати труднощі, брати активну участь у реабілітаційних заходах, опановувати нові навички та відновлювати активне соціальне функціонування. Висока самоефективність сприяє формуванню суб’єктної позиції у процесі відновлення, підвищує наполегливість у подоланні труднощів і підтримує віру у можливість досягнення позитивних змін.

Для важкопоранених комбатантів зниження рівня самоефективності є закономірною реакцією на втрату звичних фізичних можливостей, професійних ролей або незалежності у повсякденному житті. Якщо фізичні обмеження сприймаються як остаточна втрата можливості реалізувати себе, то

мотивація до відновлення поступово знижується. Усвідомлення того, що навіть за нових умов можна залишатися соціально активним, професійно затребуваним і реалізовувати власний потенціал, сприяє підтриманню внутрішньої активності та конструктивній адаптації.

Після тяжкого поранення багато попередніх життєвих планів стають недосяжними або потребують перегляду, що створює ризик втрати життєвих орієнтирів, що негативно позначається на психологічному стані та перебігу реабілітації. Тому завданням психологічного супроводу є допомога комбатанту у формуванні нових, реалістичних життєвих цілей. Процес цілепокладання має будуватися за принципом поступового розширення життєвих горизонтів. На початкових етапах реабілітації пріоритетними можуть бути короткострокові цілі, пов’язані з лікуванням, відновленням фізичної активності чи набуттям навичок самообслуговування. Середньо- та довгостроковими перспективами можуть бути професійна реалізація, освіта, сімейне життя, громадська діяльність або волонтерство. Послідовність дозволяє підтримувати мотивацію та поступово формувати впевненість у власних силах.

Важливим напрямом психологічного супроводу важкопоранених комбатантів є формування нової особистісної ідентичності. Після тяжкого поранення комбатант стикається з необхідністю перегляду уявлень про себе, власні можливості та місце в суспільстві. Якщо цей процес супроводжується переважно переживанням втрати попереднього способу життя, фізичних можливостей і соціальних ролей, підвищується ризик формування стійких проявів дезадаптації. Натомість інтеграція досвіду бойового поранення у власну життєву історію, прийняття змін, переосмислення власних можливостей та усвідомлення нових перспектив сприяють формуванню цілісної й позитивної «Я-концепції». У цьому контексті формування нової ідентичності доцільно розглядати як важливий механізм соціально-психологічної адаптації, що забезпечує прийняття пережитого досвіду, узгодження змін у фізичній, професійній та соціальній сферах із уявленнями

про себе та формування готовності до побудови майбутнього на основі нових особистісних ресурсів.

Психологічний супровід важкопоранених комбатантів повинен бути орієнтований на розвиток внутрішньої мотивації. Для цього доцільно використовувати технології мотиваційного інтерв'ювання, які сприяють усвідомленню особистісно значущих цілей, подоланню внутрішніх суперечностей і зміцненню відповідальності за власне відновлення. Застосовувати принцип SMART-планування, що дозволяє формулювати реалістичні, конкретні та досяжні цілі, поступове досягнення яких підтримує мотивацію і формує відчуття особистої успішності; кар'єрне та професійне консультування. Для багатьох важкопоранених комбатантів повернення до попередньої професійної діяльності є неможливим, тому своєчасне опрацювання альтернативних шляхів самореалізації сприяє збереженню активної життєвої позиції та запобігає формуванню почуття безперспективності. Потрібно проводити психологічну роботу, спрямовану на відновлення життєвої перспективи через залучення комбатантів до навчання, громадської діяльності, наставництва, волонтерських ініціатив і сімейних проєктів. Форми активності сприяють відновленню соціальних ролей та зміцнюють відчуття власної значущості.

Необхідно приділяти увагу створенню умов для посттравматичного зростання. Його формування передбачає усвідомлення можливості особистісного розвитку попри пережиту травму. Тому ПР має бути спрямована на розвиток внутрішніх ресурсів, які допомагають людині знаходити нові смисли, відновлювати життєві цілі та інтегрувати пережитий досвід у власну біографію.

Отже, мотиваційно-смислові ресурси забезпечують перехід від етапу психологічної стабілізації до активної побудови нового життєвого сценарію. Повноцінна соціально-психологічна адаптація неможлива без позитивного ставлення людини до себе, прийняття власних змін і відновлення психологічного благополуччя. У зв'язку з цим наступним компонентом

адаптаційного потенціалу особистості є позитивне ставлення людини до себе, збереження психологічного благополуччя та готовність до особистісного розвитку. Після тяжкого бойового поранення комбатант стикається зі змінами зовнішності, фізичних можливостей, соціального статусу та звичних життєвих ролей, що може негативно впливати на самооцінку, самоприйняття і загальне сприйняття власного життя. Тому відновлення позитивного образу «Я» є основним завданням психологічної реабілітації.

У науковій літературі самоставлення є інтегральною характеристикою особистості, що відображає систему уявлень людини про себе, рівень самоприйняття, самоповаги та впевненості у власних можливостях. Дослідження Е. Грейтенс, О. Завгородньої, Є. Степури, Я. Яворської-Вєтрової та ін. учених свідчать, що позитивне самоставлення сприяє ефективнішому подоланню життєвих труднощів, підтримує психологічну стійкість і підвищує готовність до активної соціальної взаємодії [74; 107; 344 та ін.].

Після тяжкого поранення потрібно прийняти нову особистісну реальність. Самоприйняття передбачає усвідомлення власної цінності незалежно від фізичних обмежень, що створює основу для відновлення впевненості у собі, побудови нових життєвих цілей і повноцінної соціальної реінтеграції.

Психологічне благополуччя є критерієм успішності соціально-психологічної адаптації, яке проявляється у відчутті задоволеності життям, емоційній рівновазі, наявності позитивних соціальних взаємин та усвідомленні власної життєвої перспективи. Для важкопоранених комбатантів його відновлення є процесом, що супроводжує всі етапи реабілітації та відображає ефективність психологічної допомоги. Його складовою є оптимізм, який забезпечує здатність людини зберігати позитивне бачення майбутнього навіть за умов тривалих труднощів. Для ВК оптимізм проявляється у переконанні, що попри пережиту травму можливими залишаються особистісний розвиток, соціальна активність і самореалізація.

Установка підтримує мотивацію до лікування, сприяє активній участі у реабілітації та знижує ризик розвитку дезадаптивних реакцій.

Результатом успішної соціально-психологічної адаптації може стати посттравматичне зростання. Сучасні дослідження О. Завгородньої, Є. Степури та Я. Яворської-Вєтрової свідчать, що пережита психотравмувальна подія поряд із негативними наслідками стає поштовхом до переосмислення життєвих цінностей, зміцнення міжособистісних відносин, розвитку внутрішньої сили та відкриття нових можливостей для самореалізації [107; 344 та ін.]. Посттравматичне зростання є результатом тривалого процесу психологічного опрацювання травматичного досвіду та активної роботи особистості над його інтеграцією у власну життєву історію.

Психологічна реабілітація має бути спрямована на зменшення негативних наслідків бойового поранення, створення умов для формування позитивного самоставлення, відновлення психологічного благополуччя та особистісного зростання. Досягненню цієї мети сприяє використання методів когнітивно-поведінкової терапії, робота з образом тіла, розвиток навичок самоприйняття, підтримка соціальних зв’язків та формування нової позитивної «Я-концепції».

Таким чином, позитивне самоставлення, психологічне благополуччя та посттравматичне зростання є особистісними ресурсами, які забезпечують довготривалу соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів. Їх розвиток створює підґрунтя для повноцінної реінтеграції у суспільство та переходу від подолання наслідків травми до активного й змістовного життя.

Таким чином, ефективність соціально-психологічної адаптації ВК визначається рівнем розвитку їхніх особистісних ресурсів. Наявні програми психологічної реабілітації спрямовані на подоланні негативних наслідків психотравмувального досвіду. Питання цілеспрямованого розвитку адаптаційного потенціалу особистості залишаються недостатньо дослідженими. Сучасна система психологічної допомоги має бути орієнтована

на формування внутрішніх ресурсів, що забезпечують його довготривалу соціальну реінтеграцію та особистісний розвиток.

Виходячи з результатів теоретичного аналізу, розвиток особистісних ресурсів доцільно здійснювати комплексно та поетапно, із урахуванням індивідуальних потреб важкопоранених комбатантів та етапу їх відновлення.

Конкретні практичні напрями психологічної роботи систематизовано в табл. 4.5.

Таблиця 4.5

Практичні напрями розвитку особистісних ресурсів важкопоранених комбатантів у системі психологічної реабілітації

№ п/п	Напрям роботи	Основний зміст психологічної роботи	Очікуваний результат
1.	Первинна психологічна оцінка особистісних ресурсів	Оцінювання психологічної стійкості, резильєнтності, мотивації, самоставлення, психологічного благополуччя, рівня соціальної підтримки	Визначення адаптаційного потенціалу та індивідуалізація програми психологічної реабілітації
2.	Персоналізація психологічного супроводу	Добір методів психологічної допомоги відповідно до особистісних особливостей, потреб і динаміки психоемоційного стану	Підвищення ефективності психологічної реабілітації
3.	Розвиток внутрішньої мотивації	Мотиваційне інтерв'ювання, постановка короткострокових і довгострокових цілей, розвиток самоефективності	Активна участь комбатанта у процесі відновлення та відповідальність за власну реабілітацію
4.	Формування життєвої перспективи	Допомога у визначенні нових життєвих цілей, професійному самовизначенні, плануванні майбутнього	Відновлення життєвих смислів, підвищення соціальної активності та успішна реінтеграція

Продовження табл. 4.5

№ п/п	Напрям роботи	Основний зміст психологічної роботи	Очікуваний результат
5.	Мультидисциплінарний психологічний супровід	Координація роботи психолога, лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта та соціального працівника	Комплексне вирішення медичних, психологічних і соціальних проблем
6.	Моніторинг розвитку особистісних ресурсів	Регулярне оцінювання психологічної стійкості, мотивації, психологічного благополуччя та інших показників адаптації	Своєчасна корекція програми психологічної реабілітації та підвищення її результативності

Таким чином, розвиток особистісних ресурсів має бути провідним напрямом психологічної реабілітації важкопоранених комбатантів. Комплексний, поетапний та індивідуалізований підхід до їх формування сприятиме відновленню психологічного функціонування, розвитку внутрішнього адаптаційного потенціалу, підвищенню якості життя та успішній соціальній реінтеграції. Запропоновані практичні напрями розвитку особистісних ресурсів ґрунтуються на принципах індивідуалізації, комплексності, наступності та міждисциплінарної взаємодії. Їх реалізація сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги, формуванню стійкого адаптаційного потенціалу, необхідного для успішної соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

4.7. Фізичні обмеження як чинник ускладнення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Тяжкі бойові поранення є складним наслідком сучасної війни, що зумовлює стійкі фізичні порушення, змінює психологічне функціонування

особистості, характер її соціальних взаємин та можливості виконання звичних життєвих ролей.

За результатами проведених досліджень В. Крупи, Р. Кшановської та І. Лободи, фізичні обмеження впливають на всі сфери життєдіяльності людини, обмежуючи мобільність, самообслуговування, професійну активність, участь у суспільному житті та реалізацію сімейних ролей [141]. На думку І. Черезової, С. Лукомської та ін. учених, тяжке поранення майже завжди супроводжується психотравматичним досвідом, унаслідок чого фізичні та психологічні наслідки взаємно посилюють один одного, ускладнюючи процес повернення до мирного життя [103; 139; 164 та ін.]. Отже, фізичні обмеження виступають пусковим механізмом цілої системи вторинних змін, які охоплюють емоційну, когнітивну, мотиваційну та соціальну сфери особистості. Втрата фізичних можливостей змінює звичний спосіб життя комбатанта, порушує відчуття автономності, потребує перегляду професійних і сімейних ролей, формування нової життєвої перспективи. Тому адаптацію до фізичних наслідків тяжкого бойового поранення доцільно розглядати не лише як пристосування до функціональних обмежень, а як складову ширшого процесу адаптації до нової життєвої реальності.

Науковий інтерес становить біопсихосоціальний підхід до розуміння наслідків тяжкого поранення, відповідно до якого фізичний стан, психологічні переживання та соціальне середовище утворюють єдину систему чинників, які визначають ефективність реабілітації [12; 322]. Навіть за однакового характеру фізичних ушкоджень перебіг соціально-психологічної адаптації може відрізнятися залежно від особистісних ресурсів комбатанта, рівня соціальної підтримки, психологічного благополуччя, наявності життєвих цілей та ставлення до власного майбутнього.

Одержані в третьому розділі результати емпіричного дослідження підтверджують зазначені положення. Установлено, що низький рівень соціально-психологічної адаптації частіше поєднувався зі зниженою задоволеністю життям, високими показниками депресії та тривоги,

недостатньо розвиненою резильєнтністю, дефіцитом СП та порушеннями сімейного функціонування. Це дає підстави стверджувати, що фізичні наслідки тяжкого поранення самі по собі не визначають успішність соціально-психологічної адаптації. Вирішальне значення має те, як комбатант сприймає та осмислює власні фізичні зміни, які психологічні ресурси використовує для їх подолання, а також наскільки сприятливими є соціальне та сімейне оточення. Отже, характер і вираженість фізичних обмежень слід розглядати у взаємозв'язку з психологічними ресурсами особистості та умовами її соціального середовища, оскільки саме їх сукупний вплив визначає можливості успішного відновлення та подальшої соціально-психологічної адаптації.

Наслідком тяжкого поранення може бути порушення функціональної незалежності особистості. Втрата можливості самостійно виконувати звичні дії, потреба у тривалому лікуванні, використанні технічних засобів реабілітації чи сторонній допомозі можуть супроводжуватися переживаннями безпорадності, зниженням самоефективності та обмеженням соціальної активності. Якщо зазначені переживання та пов'язані з ними психологічні труднощі своєчасно не коригуються, вони можуть трансформуватися у стійкі дезадаптивні установки, що ускладнюють і уповільнюють процес відновлення. Фізичні обмеження також змінюють суб'єктивне сприйняття якості життя. Як зазначає О. Даценко, задоволеність життям формується під впливом соціальної адаптованості, можливості реалізації життєвих цілей, позитивних міжособистісних взаємин і самореалізації [83, с. 36]. У важкопоранених комбатантів зазначені складові можуть зазнавати суттєвих змін унаслідок обмеження фізичних можливостей, трансформації соціальних і професійних ролей та необхідності тривалого відновлення, що, зі свого боку, може знижувати рівень психологічного благополуччя та послаблювати відчуття контролю над власним життям. Результати емпіричного дослідження свідчать, що навіть за наявності виражених фізичних порушень високий рівень соціальної підтримки, психологічної стійкості та внутрішньої мотивації може

частково послаблювати негативний вплив фізичних обмежень на процес соціально-психологічної адаптації. Це зумовлює необхідність формування активної позиції комбатанта щодо власного відновлення, підтримання реалістичної життєвої перспективи, систематичного залучення сім'ї до процесу реабілітації та координації роботи психолога з лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами й соціальними працівниками. Таким чином, інтеграція медичного, психологічного та соціального напрямів допомоги дає змогу враховувати взаємопов'язаність фізичних, психологічних і соціальних наслідків тяжкого поранення та створює необхідні передумови для успішної СПА важкопоранених комбатантів.

Відповідно, фізичні обмеження після тяжкого бойового поранення доцільно розглядати як комплексний чинник, що впливає на особистісне функціонування, соціальні взаємини та життєву перспективу комбатанта. Подальшого аналізу потребують специфічні наслідки окремих видів фізичних порушень: ампутацій, порушень рухової активності та хронічного больового синдрому, які модифікують перебіг соціально-психологічної адаптації.

Складним наслідком сучасної бойової травми є ампутації кінцівок, порушення рухової активності та хронічний больовий синдром, які змінюють умови життєдіяльності військовослужбовця та потребують тривалої фізичної, психологічної й СР. Вони мають стійкий характер і потребують перебудови способу життя, формування нових моделей поведінки та переосмислення власної життєвої перспективи. Згідно з аналізом наукових джерел у структурі сучасної бойової травми домінують мінно-вибухові та уламкові поранення, які супроводжуються множинними ушкодженнями, ампутаціями, поєднаними травмами та політравмою [312, с. 66]. Особливо часто ушкоджуються нижні кінцівки, що може призводити до суттєвого обмеження мобільності, необхідності тривалого протезування та зниження рівня самостійності у повсякденному житті. Тяжкі поранення також можуть супроводжуватися ушкодженнями хребта, черепно-мозковими травмами, неврологічними порушеннями та необхідністю повторних оперативних втручань, що підвищує

складність і тривалість реабілітаційного процесу та створює додаткові передумови для психологічних і соціальних труднощів у процесі адаптації.

Науковці (В Крупа, Р. Кшановська, І. Лобода) підкреслюють, що фізичні наслідки бойових поранень майже ніколи не існують ізольовано від психологічних порушень. Вони взаємно підсилюють один одного, формуючи складний комплекс медичних, психологічних і соціальних проблем, які потребують комплексного мультидисциплінарного втручання [141]. Ефективність реабілітації визначається своєчасністю психологічного супроводу, формуванням готовності до життя після ампутації або інших стійких фізичних порушень, а також відновленням соціальної активності.

Хронічний біль ускладнює соціально-психологічну адаптацію, який є самостійним багатокомпонентним феноменом, перебіг якого визначається взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників [12]. Інтенсивність больових відчуттів залежить від особливостей когнітивної оцінки болю, емоційного стану людини, соціальної підтримки та сформованих моделей реагування. За подібного характеру травм окремі військовослужбовці демонструють високий рівень адаптивності, а інші тривалий час залишаються соціально дезадаптованими, що дає підстави стверджувати, що процес адаптації зумовлюється особливостями психологічної інтерпретації власного стану, рівнем особистісних ресурсів та якістю соціального оточення.

Особливу увагу дослідники приділяють катастрофізації болю, яку розглядають як схильність особистості надмірно концентрувати увагу на больових відчуттях, перебільшувати їхню загрозливість, очікувати негативних наслідків і сприймати себе як безпорадну перед болем [12]. У результаті формується негативне автоматичне мислення, яке супроводжується тривогою, песимізмом, почуттям безсилля та уникненням будь-якої активності. Катастрофізація негативно впливає на соціальне функціонування особистості. Надмірна концентрація уваги на больових відчуттях поступово призводить до відмови від професійної діяльності, звуження кола соціальних контактів, обмеження повсякденної активності, скорочення участі у громадському житті

та дозвіллі. У результаті фізичні обмеження починають супроводжуватися соціальною ізоляцією, що ще більше ускладнює процес соціально-психологічної адаптації.

Хронічний біль пов’язаний із розвитком депресивних та тривожних проявів. Як свідчать результати сучасних досліджень, депресія, тривога та катастрофізація утворюють систему психологічних чинників, які взаємно підтримують один одного, сприяють хронізації больового синдрому та знижують ефективність реабілітаційних заходів [12]. Депресивні прояви супроводжуються зниженням активності, швидкою втомлюваністю, порушенням сну, негативною оцінкою власного майбутнього та песимістичним ставленням до результатів лікування [85; 186; 263; 291 та ін.]. Тривожні реакції підтримують емоційне напруження, посилюють очікування болю, порушують сон і сприяють розвитку уникальної поведінки [228].

Одержані результати емпіричного дослідження повністю узгоджуються із зазначеними положеннями. Установлено, що високі показники депресії та тривоги статистично пов’язані зі зниженням рівня соціально-психологічної адаптації, емоційного комфорту та задоволеності життям. У комбатантів із більш вираженими психологічними проявами частіше спостерігалися труднощі соціальної реінтеграції, нижчий рівень резильєнтності та менша впевненість у можливості повернення до активного життя, що дозволяє припустити, що психологічне ставлення до фізичних наслідків поранення визначає успішність адаптаційного процесу.

Небезпечним наслідком тривалого больового синдрому є поступове звуження адаптаційного простору особистості. Якщо на початкових етапах людина обмежує окремі види діяльності через об’єктивні фізичні труднощі, то надалі обмеження можуть підтримуватися вже сформованими психологічними установками, страхом посилення болю, невпевненістю у власних можливостях та очікуванням невдачі. Таким чином формується замкнене коло, у якому фізичні обмеження підтримують психологічну дезадаптацію, а остання знижує ефективність фізичної реабілітації (рис. 4.2).

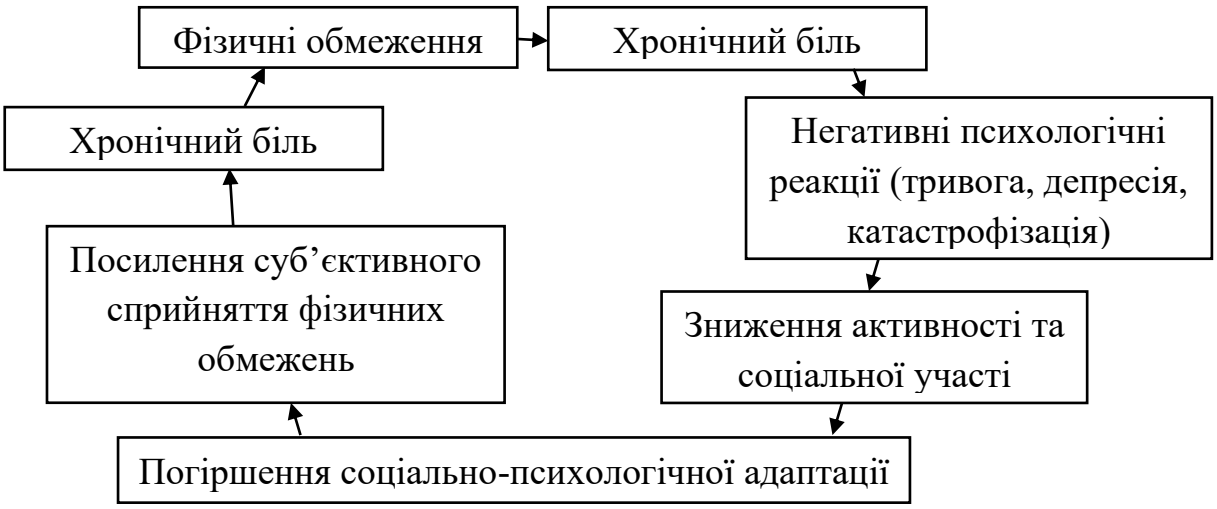


Рис. 4.2. Механізм впливу фізичних обмежень на соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів.

Запропонована модель свідчить, що негативний вплив фізичних обмежень на процес СПА опосередковується психологічними механізмами, які визначають особливості поведінкового реагування комбатанта, що обґрунтовує необхідність раннього психологічного супроводу, спрямованого на запобігання формуванню дезадаптивних когнітивно-емоційних реакцій, підтримку активної участі в реабілітаційному процесі та збереження соціального функціонування.

Результати проведеного аналізу дозволяють рекомендувати включення до комплексної програми психологічної реабілітації обов'язкового скринінгу хронічного болю, рівня катастрофізації, депресивних і тривожних проявів уже на ранніх етапах лікування. Доцільним є застосування психоосвітніх програм щодо механізмів формування хронічного болю, когнітивно-поведінкових методів корекції катастрофічного мислення, навчання ефективних стратегій подолання болю та розвитку навичок саморегуляції.

Тяжкі бойові поранення зумовлюють глибоку трансформацію системи самосприйняття особистості. Після отримання тяжкого поранення комбатант змушений адаптуватися до зміненого образу власного тіла, який може ставати джерелом внутрішнього конфлікту, психологічного дискомфорту та труднощів у соціальній взаємодії. Людина має інтегрувати новий досвід у

власну «Я-концепцію», що не завжди відбувається без психологічних труднощів. Особливо складним цей процес може бути для комбатантів, професійна діяльність яких тривалий час була пов’язана з високим рівнем фізичної підготовленості, автономності та здатності ефективно діяти в екстремальних умовах. У цьому контексті трансформація образу тіла є важливим компонентом соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб, оскільки ставлення до власного тіла впливає на оцінювання особистістю своїх можливостей, перспектив соціальної та професійної реалізації, а також здатності виконувати звичні соціальні ролі. Прийняття власних фізичних змін сприяє відновленню психологічної рівноваги, формуванню позитивнішого самосприйняття та відновленню соціальної активності.

Можна спостерігати взаємозв’язок між образом тіла та самооцінкою. За даними В. Крупи, Р. Кшановської та І. Лободи, серед військовослужбовців із тяжкими соматичними порушеннями можна побачити негативне ставлення до себе, зниження впевненості у власних силах, труднощі у встановленні позитивних міжособистісних взаємин, ослаблення мотивації та недостатня осмисленість життєвих цілей [141]. Подібні зміни поступово формують негативну самооцінку, яка стає чинником подальшої соціальної дезадаптації.

Одержані результати емпіричного дослідження підтверджують зазначені закономірності. Встановлено, що зниження рівня соціально-психологічної адаптації статистично поєднувалося зі зниженням задоволеності життям, погіршенням емоційного комфорту, посиленням депресивних переживань і недостатнім рівнем психологічної стійкості. Виявлений взаємозв’язок можна пояснити тим, що негативне сприйняття власних фізичних змін поступово поширюється на оцінку інших сфер життєдіяльності, зумовлюючи зниження суб’єктивного відчуття благополуччя та формування загального відчуття втрати життєвих перспектив. Вагомий внесок у розроблення зазначеної проблематики здійснила О. Даценко, яка розглядає задоволеність життям як інтегральну когнітивно-емоційну оцінку людиною власного життя, що відображає її ставлення до особистих досягнень,

міжособистісних взаємин, життєвих умов і самої себе [83]. На думку дослідниці, рівень задоволеності життям залежить від соціальної адаптованості особистості, можливостей ефективної самореалізації, групової ідентичності, характеру соціальних взаємин та відповідності виконуваним соціальним ролям. Для важкопоранених комбатантів зазначені компоненти можуть зазнавати суттєвої трансформації внаслідок фізичних обмежень, зміни соціального статусу та необхідності адаптації до нових умов життєдіяльності. Тому збереження або відновлення задоволеності життям є важливою передумовою психологічного благополуччя та успішної соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб.

Після бойового поранення відбувається своєрідна реконструкція системи особистісних цінностей: міжособистісні взаємини, підтримка близьких, психологічне благополуччя, можливість бути корисним іншим людям та збереження особистісної автономії. Відновлення задоволеності життям потребує формування нової системи життєвих смислів. Психологічним ресурсом успішної адаптації виступає посттравматичне зростання. У науковій праці В. Климчук зазначено, що переживання психотравматичного досвіду супроводжується позитивними особистісними змінами, що проявляються переосмисленням життєвих цінностей, розвитком внутрішньої стійкості, посиленням усвідомлення сенсу життя та формуванням нових життєвих цілей [123]. Здатність інтегрувати досвід тяжкого поранення у власну життєву історію без втрати особистісної цілісності є показником успішної соціально-психологічної адаптації.

З метою профілактики негативних змін самооцінки й образу тіла доцільно включати до програм психологічної реабілітації психотерапевтичні модулі, спрямовані на формування позитивного тілесного образу, розвиток самоприйняття, відновлення особистісної ідентичності та переосмислення життєвих цінностей. Ефективними є індивідуальне психологічне консультування, КПТ, наративні практики, групи взаємопідтримки ветеранів, які сприятимуть конструктивній перебудові міжособистісних взаємин, що

сприятиме зміцненню соціально-психологічної адаптації в довгостроковій перспективі.

Отже, навіть за наявності виражених фізичних порушень формування позитивної особистісної ідентичності, розвиток посттравматичного зростання дозволяють підвищити адаптаційний потенціал особистості.

Складним психологічним наслідком тяжких бойових поранень є виникнення тривалої або постійної залежності від сторонньої допомоги. Вимушена втрата самостійності трансформує особистісне функціонування, систему соціальних взаємин та механізми психологічної адаптації.

Аналіз сучасних наукових праць свідчить, що тяжкі бойові поранення нерідко супроводжуються значним обмеженням функціональної незалежності, що проявляється у необхідності сторонньої допомоги під час пересування, самообслуговування, виконання побутових дій, користування транспортом, професійної діяльності та реалізації сімейних обов'язків [141; 312]. Зміни порушують звичний спосіб життя комбатанта, змушують його відмовитися від окремих соціальних ролей або змінити спосіб їх виконання.

Втрата автономності є психологічним механізмом розвитку соціально-психологічної дезадаптації. Для комбатантів професійна діяльність була пов'язана із самостійним прийняттям рішень, відповідальністю, фізичною витривалістю та здатністю контролювати складні ситуації. Після тяжкого поранення характеристики втрачають свою актуальність, що супроводжується кризою особистісної суб'єктності. Людина починає сприймати себе як об'єкт догляду, лікування та сторонньої опіки. Трансформація впливає на психологічне благополуччя. Згідно з висновками В. Крупи, Р. Кшановської та І. Лободи серед осіб із тяжкими соматичними порушеннями частіше спостерігаються негативне ставлення до себе, невпевненість у власних силах, залежність від думки інших, труднощі досягнення життєвих цілей, зниження мотивації та недостатня осмисленість життя [141]. Зазначені прояви є результатом поступового зменшення відчуття особистої компетентності та контролю над власним життям.

Психологічним феноменом є самоефективність, яка визначає переконаність людини у власній здатності успішно долати труднощі та впливати на перебіг життєвих подій. У разі тривалої залежності від сторонньої допомоги рівень самоефективності знижується, що проявляється уникненням складних ситуацій, відмовою від активної участі у реабілітації, песимістичною оцінкою власних перспектив та очікуванням постійної підтримки з боку інших.

За допомогою емпіричного дослідження було встановлено, що комбатанти, які характеризувалися нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації, одночасно демонстрували нижчу задоволеність життям, менший рівень психологічної стійкості, нижчі показники сприйняття соціальної підтримки та вищу вираженість депресивних і тривожних проявів. Поєднання фізичної залежності із негативними психологічними переживаннями створює найбільші труднощі для успішної реінтеграції особистості.

До поранення більшість комбатантів виконували ролі захисника, військового професіонала, активного члена сім'ї, годувальника або керівника. Після тяжкої травми виникає необхідність адаптуватися до нових соціальних умов, переосмислити власні можливості та сформувати інші способи самореалізації. Якщо процес не супроводжується психологічною підтримкою, виникає ризик формування стійкого відчуття соціальної непотрібності, втрати життєвих перспектив і зниження особистісної активності. Таким чином, у процесі психологічної реабілітації доцільним є переорієнтування реабілітаційних заходів із компенсації втрачених функцій на розвиток збереженого адаптаційного потенціалу особистості.

Навіть за наявності значних фізичних обмежень людина може залишатися суб'єктом власного життя, якщо має змогу самостійно приймати рішення, брати участь у плануванні лікування, визначати особисті цілі та поступово відновлювати контроль над власною життєдіяльністю. Відновлення суб'єктності є критерієм успішної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Підтвердженням цього є сучасні підходи до

людиноцентричної реабілітації, відповідно до яких основною метою допомоги є відновлення психологічного благополуччя, можливості самостійно визначати життєві пріоритети, підтримувати соціальні взаємини та зберігати активну життєву позицію [454]. Міжнародні дослідження демонструють, що психологічне благополуччя осіб із тривалими фізичними порушеннями визначається рівнем функціональної незалежності, суб'єктивним відчуттям контролю над життям і можливістю брати участь у соціальній діяльності [452].

Пріоритетним напрямом психологічного супроводу важкопоранених комбатантів має стати розвиток автономності та самоефективності. Доцільно вже на ранніх етапах реабілітації залучати пораненого до прийняття рішень щодо лікування, визначення короткострокових і довгострокових цілей відновлення, планування власної активності й оцінювання досягнутих результатів. Психологічна робота повинна бути спрямована на формування відчуття особистого контролю, розвиток відповідальності за власне відновлення та поступове розширення сфер самостійності.

Проведений теоретичний аналіз, результати емпіричного дослідження та узагальнення досвіду практичної роботи з важкопораненими комбатантами дали змогу сформулювати концепцію взаємозв'язку фізичних обмежень та адаптаційного потенціалу особистості. Необхідність її розроблення зумовлена тим, що більшість наявних моделей реабілітації зосереджені переважно на медичному та функціональному відновленні, тоді як психологічні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залишаються недостатньо систематизованими та інтегрованими в єдину пояснювальну модель.

Поширене уявлення про те, що тяжкість фізичного ушкодження безпосередньо визначає рівень соціально-психологічної адаптації, є недостатньо обґрунтованим. Результати проведеного дослідження дають підстави стверджувати, що фізичні обмеження є лише вихідною ланкою складної багаторівневої системи змін, а їхній вплив на адаптацію опосередковується психологічними, особистісними та соціальними

чинниками. Визначальним є не сам факт наявності ампутації, порушення рухових функцій чи інших стійких фізичних обмежень, а те, як особистість сприймає та осмислює ці зміни, як вони впливають на її психологічний стан і особистісні ресурси, а також яким чином трансформують характер соціальної взаємодії. Запропонована концепція ґрунтується на положенні, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є динамічним процесом, результативність якого визначається взаємодією чотирьох взаємопов'язаних компонентів: 1) фізичного; 2) психологічного; 3) особистісного; 4) соціального.

Перший компонент охоплює характер і тяжкість бойового поранення, рівень функціональних обмежень, наявність ампутацій, хронічного болю, порушень рухової активності, потребу у протезуванні або сторонній допомозі. Проведене дослідження показало, що навіть значні фізичні порушення не є передумовою розвитку соціально-психологічної дезадаптації.

Другий компонент відображає особливості емоційного реагування на наслідки поранення. До нього належать депресивні переживання, тривожність, катастрофізація болю, рівень психологічного благополуччя, прийняття власного фізичного стану, відчуття контролю над життям та сформованість конструктивних копінг-стратегій. Виступає центральною ланкою, через яку фізичні наслідки бойової травми впливають на подальший перебіг соціально-психологічної адаптації.

Третій компонент характеризує внутрішній адаптаційний потенціал особистості. Він включає резильєнтність, самоефективність, мотивацію до відновлення, самоприйняття, життєстійкість, цілеспрямованість, осмисленість життя, здатність до саморегуляції та посттравматичного зростання. Проведене емпіричне дослідження підтвердило, що особистісні ресурси компенсують негативний вплив фізичних обмежень та забезпечують збереження соціальної активності навіть за наявності важких функціональних порушень.

Четвертий компонент охоплює сімейну підтримку, взаємини з побратимами, доступність психологічної допомоги, ефективність

мультидисциплінарної реабілітації, можливість професійної самореалізації, рівень суспільного прийняття та відсутність соціальної стигматизації. Соціальне середовище створює умови для реалізації адаптаційного потенціалу особистості або може сприяти закріпленню дезадаптивних форм поведінки.

Особливістю запропонованої концепції є положення про те, що адаптаційний потенціал динамічно змінюється протягом усього процесу реабілітації. Його розвиток залежить від ефективності психологічної допомоги, якості СП, активності комбатанта та своєчасності комплексних реабілітаційних заходів. Навіть за однакового характеру фізичних ушкоджень можливі різні траєкторії соціально-психологічної адаптації. На основі результатів проведеного дослідження виокремлено три основні варіанти перебігу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, які відображають різні рівні адаптаційного потенціалу та специфіку взаємодії фізичних, психологічних, особистісних і соціальних чинників.

І варіант – високий адаптаційний потенціал. Характеризується достатньо високою психологічною стійкістю, розвиненою резильєнтністю, конструктивним прийняттям фізичних змін, наявністю належної соціальної підтримки та активною позицією особистості у процесі реабілітації. За такого варіанта фізичні обмеження не стають визначальним чинником соціального функціонування: комбатант зберігає здатність до активної взаємодії із соціальним середовищем, професійної та іншої суспільно значущої діяльності, формування нових життєвих цілей і перспектив.

ІІ варіант – нестійка адаптація. Передбачає збереження потенціалу до позитивної адаптаційної динаміки за умови безперервного психологічного супроводу, доступності комплексної реабілітації та підтримання мотивації до відновлення. Для цього варіанта характерні періодичні коливання психологічного стану, труднощі у прийнятті фізичних змін, ситуативне зниження мотивації та потреба в додаткових ресурсах соціальної підтримки. Стабілізація адаптаційного процесу потребує систематичної психокорекційної роботи, спрямованої на розвиток конструктивних копінг-стратегій,

підтримання самоефективності, формування реалістичної життєвої перспективи та зміцнення соціальних зв'язків.

III варіант – низький адаптаційний потенціал. Характеризується поєднанням виражених депресивних проявів, високої тривожності, катастрофізації болю, низької резильєнтності, недостатньої СП, значної залежності від сторонньої допомоги, звуження соціальної активності та відсутності позитивної життєвої перспективи. За такого варіанта фізичні наслідки поранення значно посилюються психологічними та соціальними труднощами, що знижує можливості самостійного відновлення та підвищує ризик стійкої дезадаптації. Відповідно, ця група потребує найбільш інтенсивного та тривалого мультидисциплінарного супроводу із залученням психологів, лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників та інших фахівців відповідно до індивідуальних потреб комбатанта.

Одержані результати емпіричного дослідження підтверджують запропоновану концепцію, зокрема, встановлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем СПА та показниками депресії, тривоги, психологічної стійкості, задоволеності життям, соціальної підтримки та сімейного функціонування.

Для узагальнення основних положень запропонованої концепції та наочного відображення взаємозв'язків між її складовими доцільно представити її у вигляді структурно-функціональної моделі (рис. 4.3).

Практична цінність запропонованої концепції полягає у можливості її використання як теоретико-методологічної основи для розроблення та вдосконалення програм психологічної реабілітації важкопоранених комбатантів. Її практична спрямованість полягає у розвитку адаптаційного потенціалу особистості, зміцненні її психологічних ресурсів та активізації можливостей соціального середовища як взаємопов'язаних складових успішної соціально-психологічної адаптації.



Рис. 4.3. Модель взаємозв'язку фізичних обмежень та адаптаційного потенціалу важкопоранених комбатантів

Виходячи із запропонованої концепції, психологічний супровід важкопоранених комбатантів доцільно здійснювати на засадах безперервності, індивідуалізації та мультидисциплінарності. На госпітальному етапі пріоритетними завданнями мають бути рання психологічна діагностика адаптаційного потенціалу, виявлення депресивних і тривожних проявів, катастрофізації болю та оцінювання рівня доступної соціальної підтримки. На реабілітаційному етапі основну увагу доцільно зосереджувати на розвитку резильєнтності та самоефективності, формуванні конструктивного ставлення до фізичних змін, опануванні адаптивних копінг-стратегій і систематичному

залученні сім'ї до процесу відновлення. На етапі соціальної реінтеграції необхідними напрямами психологічного супроводу є підтримка професійної переорієнтації та працевлаштування, розвиток соціальної активності, створення і підтримання груп взаємодопомоги ветеранів, а також регулярний моніторинг психологічного стану для своєчасного виявлення ризиків повторної дезадаптації.

Запропонована концепція дає змогу переосмислити соціально-психологічну адаптацію важкопоранених комбатантів як динамічний процес взаємодії фізичних, психологічних, особистісних і соціальних чинників, результативність якого залежить не лише від ступеня відновлення фізичного функціонування, а й від розвитку адаптаційного потенціалу особистості та наявності сприятливого соціального середовища. Центральним завданням психологічного впливу при цьому є підтримка здатності комбатанта приймати й інтегрувати зміни, актуалізувати власні психологічні ресурси, формувати нові життєві орієнтири та відновлювати активне соціальне функціонування в нових умовах. Це положення становить один із ключових наукових результатів проведеного дослідження та створює теоретико-методологічне підґрунтя для подальшого вдосконалення системи психологічної реабілітації та соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

4.8. Психологічні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Отримані поранення, тривале лікування, фізичні обмеження, зміна соціальних ролей та необхідність повернення до мирного життя змінюють систему життєвих цінностей, міжособистісних взаємин, професійної ідентичності та уявлення про власне майбутнє. Формування адаптаційного потенціалу особистості зумовлюється психологічними чинниками, які обумовлюють здатність до прийняття наслідків травматичного досвіду,

відновлення емоційної рівноваги, використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів, ефективної інтеграції у сімейне, професійне й суспільне середовище.

Сучасні дослідження (С. Больмана, А. Вишпольської, М. Вільяма, Т. Гречко, Н. Коупленда, С. Кучеренко, Л. Левицької, О. Пономаренко, О. Романюк, І. Сулятицького, Ю. Терплюк та ін.) свідчать, що успішність соціально-психологічної адаптації визначається сукупністю психологічних механізмів, до яких належать посттравматичні стресові реакції, емоційна регуляція, резильєнтність, рівень соціальної підтримки, особливості особистісного функціонування, мотиваційна сфера, когнітивна оцінка пережитої травми та індивідуальні копінг-стратегії [35; 54; 56; 75; 135; 153; 156; 218; 267; 269; 293; 295; 301; 302; 328; 446 та ін.]. Бойова травма впливає на психічний стан комабатанта, його соціальну поведінку, професійну активність, сімейні взаємини та якість життя, що обумовлює необхідність комплексного дослідження психологічних закономірностей адаптаційного процесу.

Проведене нами емпіричне дослідження підтвердило, що психологічні характеристики є основними предикторами СПА важкопоранених комбатантів. Низькі показники адаптованості були пов’язані з високим рівнем депресивної симптоматики, тривожності, емоційного виснаження та недостатністю соціальної підтримки. Розвиток психологічної стійкості, позитивної самооцінки, внутрішніх адаптаційних ресурсів і підтримувального соціального середовища забезпечував достовірно кращі результати реінтеграції, що підтверджує необхідність розгляду процесу соціально-психологічної адаптації крізь призму взаємодії особистісних, емоційних і соціальних чинників, що визначають ефективність відновлення після бойової травми.

Бойова травма є психотравмувальним чинником, який змінює функціонування особистості на когнітивному, емоційному, поведінковому та соціальному рівнях. Її наслідки формують тривалий комплекс психологічних

реакцій, що впливають на подальшу соціально-психологічну адаптацію важкопораненого комбатанта.

Сучасна психологія трактує бойову травму як системний чинник, що трансформує процес пристосування особистості до нових життєвих умов. У працях М. Вільямс і С. Пойюли зазначено, що пережита психотравмувальна подія змінює звичні механізми психологічної саморегуляції, порушує відчуття безпеки та контроль над власним життям, що створює передумови для формування посттравматичних реакцій різного ступеня вираженості [56]. Аналогічної позиції дотримуються дослідники бойового стресу (Т. Гречко, А. Терещук та ін.), які наголошують, що навіть після завершення лікування військовослужбовець продовжує адаптуватися до нових фізичних можливостей, зміненого соціального статусу та необхідності переосмислення власної життєвої перспективи [75; 267; 302].

Важливим чинником, що може ускладнювати перебіг адаптаційного процесу, є емоційні наслідки бойової травми. Наукові дослідження С. Кучеренко, Л. Левицької, О. Пономаренко, Ю. Тептюк та інших учених свідчать, що підвищена тривожність, емоційна нестійкість, дратівливість, зниження стресостійкості та труднощі емоційної регуляції суттєво обмежують здатність особистості ефективно взаємодіяти із соціальним середовищем [153; 156; 218; 301 та ін.]. На думку О. Столярук і Т. Семигіної, психологічна стійкість є важливим ресурсом подолання наслідків травматичного досвіду, який сприяє поступовому відновленню здатності особистості до продуктивного соціального функціонування [446].

Науковий інтерес становить взаємозв’язок психологічних і соматичних наслідків бойової травми. Фізичний біль, тривала реабілітація, втрата функцій кінцівок або інвалідизація посилюють психоемоційне напруження, формують відчуття безпорадності, соціальної ізоляції та невпевненості у власному майбутньому [275; 328; 357]. Адаптація відбувається повільніше, її результат залежить від здатності людини інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію без руйнування особистісної цілісності.

Результати проведеного дослідження підтверджують зазначені закономірності. Установлено, що лише 18,7 % важкопоранених комбатантів характеризувалися високим рівнем соціально-психологічної адаптації, а 37,8 % продемонстрували низькі показники адаптованості. Одночасно було виявлено помірно виражену депресивну симптоматику (M=19,8), підвищений рівень тривожності (M=18,6), недостатню психологічну стійкість (M=20,8) та невисоку задоволеність життям (M=18,7), що свідчить про комплексний характер психологічних наслідків бойової травми. Одержані результати узгоджуються з висновками сучасних досліджень щодо визначальної ролі емоційного благополуччя, стресостійкості та внутрішніх ресурсів особистості у процесі післятравматичної адаптації [269; 293; 302; 328; 446 та ін.].

Бойова травма є комплексним психологічним чинником, який визначає перебіг соціально-психологічної адаптації ВК через взаємодію емоційних, когнітивних, особистісних і соціальних механізмів. Тому ефективна психологічна допомога повинна бути спрямована на відновлення адаптаційного потенціалу особистості, розвиток резильєнтності та посилення ресурсів соціальної підтримки.

Посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожність є поширеними психологічними наслідками бойової травми, які ускладнюють процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Їхній вплив проявляється у зміні емоційного стану особистості, порушенні соціальної активності, професійного функціонування, міжособистісної взаємодії та здатності до самореалізації. У сучасній психології М. Вільямс, Т. Гречко, О. Романюк, І. Сулятицький, А. Терещук, Л. Царенко та ін. їх розглядають як компоненти посттравматичного реагування, що формують єдиний механізм психологічної дезадаптації [56; 75; 269; 293; 295; 302; 328]. Посттравматичний стресовий розлад виникає як наслідок переживання надзвичайно інтенсивних психотравмувальних подій та характеризується повторним переживанням травматичного досвіду, уникненням нагадувань про нього, підвищеною настороженістю, емоційною напруженістю і порушенням

когнітивного функціонування. У військовослужбовців, які отримали тяжкі поранення, клінічна картина ПТСР часто поєднується з фізичними наслідками бойової травми, що значно ускладнює процес психологічного відновлення та повернення до активного соціального життя [267; 275].

Чинником погіршення адаптації є депресивна симптоматика. У працях А. Вишпольської, Л. Левицької та Ю. Ралітної підкреслюється, що депресивні прояви є психологічним бар'єром на шляху успішної реабілітації та соціально-психологічної адаптації. Результати досліджень свідчать, що депресія знижує мотивацію до реабілітації, обмежує соціальні контакти, формує песимістичне сприйняття власних перспектив та негативно впливає на самооцінку [54; 156; 264]. Тривале переживання безнадійності, втрати сенсу життя та почуття власної неспроможності ускладнює процес прийняття нового фізичного стану після поранення, що знижує ефективність СПА.

Наступним чинником, що ускладнює процес соціально-психологічної адаптації, є тривожність. У дослідженнях С. Гончаренка, І. Кошової, О. Кресан, О. Романенко, А. Романишина та Ю. Тептюка підкреслюється, що його підвищений рівень супроводжується постійним очікуванням небезпеки, емоційною напруженістю, труднощами концентрації уваги та порушеннями сну [67; 136; 247; 268; 301]. Негативно впливає на комунікативну активність військовослужбовців, зменшує їхню відкритість до соціальної взаємодії та ускладнює формування нових адаптивних моделей поведінки. Дослідники наголошують, що своєчасна психологічна допомога дозволяє зменшити інтенсивність тривожних проявів і підвищити ефективність соціальної реінтеграції [75; 267].

Одержані результати повністю підтверджують наведені положення. Було встановлено, що середній показник депресії у важкопоранених комбатантів становив 19,8 бали, що відповідає помірному рівню депресивної симптоматики. Середній рівень тривожності становив 18,6 бали. Незначна частина учасників дослідження характеризувалася відсутністю виражених тривожно-депресивних проявів. Був встановлений сильний негативний

кореляційний зв’язок між рівнем депресії та соціально-психологічною адаптацією (r =-0,74), між тривожністю та емоційним комфортом (r =-0,83), що свідчить, що зі зростанням вираженості депресивних і тривожних симптомів погіршуються адаптаційні можливості особистості. Факторний аналіз, проведений у межах емпіричного дослідження, показав, що депресія, тривожність та емоційний дискомфорт формують окремий емоційно-дезадаптаційний фактор, який є провідним компонентом загальної структури соціально-психологічної адаптації ВК, що підтверджує, що психологічне відновлення має бути спрямоване на стабілізацію емоційного стану, формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток стресостійкості та зниження інтенсивності посттравматичних проявів [218; 293; 295; 446 та ін.].

Посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожність є психологічними чинниками, які визначають перебіг СПА важкопоранених комбатантів. Їх своєчасна діагностика та психологічна корекція є умовою успішної реабілітації, відновлення особистісного функціонування та ефективної соціальної реінтеграції.

Особливий науковий інтерес становить дослідження емоційних переживань: почуття провини, сорому, безпорадності, втрати контролю над власним життям, страх майбутнього та розчарування у власних можливостях, які здатні ускладнювати перебіг соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Переживання визначають характер взаємодії особистості із соціальним оточенням, впливають на процес прийняття власного фізичного стану та формують готовність до подальшої реабілітації [35; 54; 156; 264; 268; 270].

Почуття провини є одним із психологічних наслідків бойової травми. Воно може виникати внаслідок загибелі побратимів, неможливості виконати бойове завдання, втрати фізичних можливостей або вимушеної зміни професійної діяльності. У психологічній літературі С. Больмана, М. Вільямса, О. Романюк та ін. науковців це явище розглядається, зокрема, у контексті феномена «провини того, хто вижив», який може ускладнювати процес

післятравматичного відновлення та перешкоджати формуванню позитивної життєвої перспективи [35; 56; 269; 293]. За відсутності своєчасної психологічної допомоги почуття провини може набувати стійкого характеру, підтримуючи депресивні прояви, самозвинувачення, зниження самоцінності та соціальне відчуження. У контексті соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів подолання деструктивного почуття провини є важливою умовою прийняття пережитого досвіду, відновлення позитивного ставлення до себе та формування реалістичної життєвої перспективи.

Руйнівним є переживання сорому, яке формується внаслідок зміни зовнішності, втрати окремих функцій організму, необхідності сторонньої допомоги або усвідомлення власної залежності від інших. На відміну від провини, що пов’язана з оцінкою власних вчинків, сором спрямований на особистість і супроводжується негативним ставленням до себе. Як зазначає М. Больман, сором часто стає психологічною перешкодою для звернення за допомогою, відкритого спілкування та прийняття підтримки від найближчого соціального оточення [35, с. 73]. Подібна позиція простежується і в роботах, присвячених дослідженню емоційної сфери військовослужбовців, де наголошується, що тривале переживання сорому знижує самооцінку, погіршує емоційний комфорт і сприяє формуванню соціальної ізоляції [54; 156; 270].

Вплив на адаптаційний процес мають негативні психічні стани, які проявляються емоційним виснаженням, апатією, внутрішньою напруженістю, дратівливістю, зниженням мотивації та відчуттям безперспективності. Переживання ускладнюють відновлення соціальної активності, обмежують міжособистісне спілкування та негативно позначаються на якості життя комбатантів [264; 268; 301]. Емоційна нестабільність супроводжується зниженням психологічної стійкості, що обмежує можливість ефективного використання власних адаптаційних ресурсів.

У сучасних дослідженнях простежується взаємозв’язок переживань із мотиваційною сферою особистості. Постійне самозвинувачення, негативне ставлення до себе та відсутність віри у власні можливості поступово знижують активність людини, її готовність брати участь у реабілітаційних заходах та вибудовувати нові життєві цілі. У науковій праці Н. Назарчук наголошується,

що за таких умов можуть виникати окремі прояви прокрастинації як вторинної поведінкової реакції, яка є наслідком емоційного виснаження, що свідчить про необхідність комплексного психологічного супроводу, спрямованого на подолання емоційних бар'єрів адаптації [185, с. 50].

Результати емпіричного дослідження підтверджують основну роль емоційної сфери у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Установлено, що підвищення рівня тривожності та депресивної симптоматики супроводжується істотним зниженням емоційного комфорту та загального рівня адаптованості. Факторний аналіз дозволив виокремити емоційно-дезадаптаційний компонент як складову структури СПА, що показує, що емоційні переживання визначають готовність особистості до прийняття власного досвіду, взаємодії із соціальним середовищем та подальшого психологічного відновлення.

Таким чином, почуття провини, сорому та інші негативні емоційні переживання є психологічними детермінантами соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Їхній вплив проявляється у зниженні адаптаційного потенціалу, погіршенні міжособистісної взаємодії та обмеженні можливостей особистісного розвитку. Тому психологічна допомога повинна передбачати корекцію симптомів посттравматичного стресу, опрацювання переживань провини, сорому, негативної самооцінки та формування позитивного ставлення до власної особистості.

4.9. Систематизація об'єктивних і суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Проведене теоретико-емпіричне дослідження засвідчило, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є складним багаторівневим процесом, який не може бути пояснений впливом окремих психологічних, соціальних чи медичних детермінант. Результати, одержані в попередніх підрозділах, підтвердили, що ефективність адаптації визначається сукупною дією різнорівневих чинників, які перебувають у постійній взаємодії

та взаємозумовленості. Їх аналіз потребує концептуального узагальнення як єдиної системи психологічного забезпечення процесу адаптації.

Чинники СПА розглядаються за окремими напрямами: психологічними, соціальними, медичними, сімейними, професійними або організаційними, що дає можливість охарактеризувати вплив окремих детермінант, проте не дозволяє пояснити механізми їх взаємодії та визначити, яким чином формується кінцевий результат адаптаційного процесу. Практика психологічного супроводу важкопоранених комбатантів свідчить, що однакові зовнішні умови можуть зумовлювати принципово різні результати адаптації. Подібний психологічний потенціал особистості реалізується неоднаково залежно від особливостей соціального середовища, що свідчить про необхідність переходу від аналізу ізольованих чинників до їх системного осмислення.

У межах дисертаційного дослідження запропоновано підхід до систематизації чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, який ґрунтується на інтеграції результатів теоретичного аналізу, власного емпіричного дослідження. Концептуальною основою запропонованого підходу є положення про те, що соціально-психологічна адаптація ВК формується внаслідок взаємодії двох систем впливу:

1) об’єктивного адаптаційного середовища (сукупність зовнішніх соціальних, організаційних, медичних, правових та міжособистісних умов, які створюють можливості або обмеження для успішної СПА важкопораненого комбатанта. До нього належать сімейне оточення, військовий колектив, система медичної та психологічної реабілітації, діяльність мультидисциплінарної команди, державні механізми соціального захисту, ветеранські організації, можливості професійної реалізації, громадська підтримка та інші соціальні ресурси);

2) суб’єктивного адаптаційного середовища (інтегрована система внутрішніх психологічних характеристик особистості, які визначають її здатність використовувати потенціал зовнішнього середовища для подолання наслідків бойової травми, відновлення соціального

функціонування та формування нової життєвої перспективи. До нього належать психологічна стійкість, адаптаційний потенціал, мотиваційна сфера, ціннісно-смислові орієнтації, емоційна саморегуляція, самоефективність, особливості «Я-концепції», комунікативний потенціал, вольові якості та інші особистісні ресурси).

Запропонована систематизація ґрунтується на положенні, що результат соціально-психологічної адаптації визначається характером взаємодії чинників. Об'єктивне адаптаційне середовище створює умови для відновлення особистості, а суб'єктивне – визначає ступінь реалізації можливостей. Інтеграція двох систем забезпечує формування адаптаційного потенціалу, який виступає центральним психологічним механізмом успішної соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

З урахуванням зазначених положень систематизовано об'єктивні та суб'єктивні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, узагальнені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Інтегративна систематизація об'єктивних та суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

№ п/п	Рівень адаптаційного середовища	Об'єктивні чинники	Суб'єктивні чинники	Результат взаємодії
1.	Макросоціальний	Державна ветеранська політика, нормативно-правове забезпечення, система соціального захисту, державні програми психологічної та медичної реабілітації, економічні гарантії, суспільне ставлення до ветеранів	Довіра до державних інституцій, прийняття соціальної підтримки, мотивація до використання державних ресурсів, готовність до взаємодії із соціальними інституціями	Формування безпечного соціального простору та доступності психологічної, медичної й соціальної допомоги

Продовження табл. 4.6

№ п/п	Рівень адапта-ційного середо-вища	Об'єктивні чинники	Суб'єктивні чинники	Результат взаємодії
2.	Інституційний	Військовий госпіталь, реабілітаційний центр, мультидисциплінарна команда, психологічний супровід, медична реабілітація, соціальний супровід	Мотивація до реабілітації, психологічна готовність до відновлення, активність у реабілітаційному процесі, довіра до фахівців	Відновлення фізичного та психологічного функціо-нування, формування активної позиції у процесі реабілітації
3.	Міжособистісний	Сім'я, родина, побратими, військовий колектив, друзі, ветеранські спільноти, громадські організації, територіальна громада	Емоційна відкритість, довіра, комунікативні здібності, здатність приймати підтримку, соціальна активність, готовність до відновлення соціальних ролей	Відновлення соціальних зв'язків, зниження соціальної ізоляції та формування відчуття належності
4.	Особистісний	Можливість працевлаштування, професійна перепідготовка, освітні можливості, доступність самореалізації; житлові та матеріальні умови	Психологічна стійкість, адаптаційний потенціал, резильєнтність, емоційна саморегуляція, самоефективність, «Я-концепція», самооцінка, мотивація, ціннісно-смислова сфера, вольові якості, копінг-стратегії	Формування нової особистісної ідентичності, психологічного благополуччя та стійкої соціально-психологічної адаптації

Продовження табл. 4.6

№ п/п	Рівень адапта-ційного середо-вища	Об’єктивні чинники	Суб’єктивні чинники	Результат взаємодії
5.	Інтегративний	Комплексна взаємодія всіх компонентів адаптаційного середовища	Інтеграція внутрішніх психологічних ресурсів особистості	Досягнення стійкої соціально-психологічної адаптації, відновлення суб’єктності, успішна соціальна та професійна реінтеграція

Проведене дослідження засвідчило, що об’єктивне адаптаційне середовище створює умови для відновлення важкопораненого комбатанта, однак вона сама собою не визначає успішності соціально-психологічної адаптації. Ефективність зовнішньої підтримки залежить від того, наскільки особистість здатна прийняти, інтерпретувати та використати наявні ресурси відповідно до власних потреб і життєвої ситуації. Навіть високий рівень внутрішніх психологічних ресурсів не забезпечує стійкої адаптації за відсутності доступної системи психологічної, медичної, соціальної та сімейної підтримки.

Установлено, що закономірністю СПА є взаємна залежність зовнішніх умов та внутрішніх ресурсів особистості. Об’єктивне адаптаційне середовище формує можливості для відновлення, а суб’єктивне – визначає ступінь їх реалізації. Чим вищою є узгодженість між потребами особистості та ресурсами, які пропонує оточення, тим вищою є ефективність адаптаційного процесу. Другою закономірністю є взаємокомпенсація чинників адаптації. Результати дослідження свідчать, що недостатність окремих зовнішніх ресурсів може частково компенсуватися високим рівнем психологічної

стійкості, адаптаційного потенціалу, мотивації до відновлення чи сформованими конструктивними копінг-стратегіями. Обмеженість внутрішніх ресурсів особистості може компенсуватися своєчасною психологічною допомогою, підтримкою сім'ї, діяльністю мультидисциплінарної команди й ефективним функціонуванням системи соціального супроводу, що свідчить про те, що адаптаційний процес має компенсаторний характер і ґрунтується на безперервній взаємодії різних груп чинників.

Проведений аналіз дав змогу встановити, що окремі чинники здатні посилювати ефективність усієї системи соціально-психологічної адаптації. Йдеться, зокрема, про сформовану мотивацію до відновлення, активну позицію особистості, психологічний супровід, сімейну підтримку та скоординовану діяльність мультидисциплінарної команди. Їх значення визначається не лише безпосереднім впливом на процес адаптації, а й здатністю активізувати інші адаптаційні ресурси та забезпечувати їх узгоджене функціонування. У цьому контексті зазначені чинники виконують інтегрувальну роль у структурі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Таким чином, запропонована систематизація підтверджує, що центральним механізмом соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів є взаємодія об'єктивного та суб'єктивного адаптаційних середовищ. Результатом цієї взаємодії є формування цілісного адаптаційного потенціалу особистості, який забезпечує психологічне відновлення, підтримання ефективного соціального функціонування та поступову реінтеграцію в суспільство. Такий підхід дає змогу перейти від аналізу ізольованого впливу окремих чинників до розуміння соціально-психологічної адаптації як цілісної багаторівневої системи, що має важливе теоретичне та практичне значення для розроблення програм психологічного забезпечення ВК.

Систематизація об’єктивних і суб’єктивних чинників може використовуватися як методологічна основа для планування, реалізації та оцінювання процесу соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб. Її застосування дає змогу перейти від фрагментарного аналізу окремих проблем до комплексного оцінювання адаптаційного процесу з урахуванням взаємодії зовнішніх умов та внутрішніх ресурсів особистості.

Практична цінність запропонованого підходу полягає у можливості визначення індивідуального профілю соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. Аналіз співвідношення об’єктивних умов і суб’єктивних ресурсів дає змогу своєчасно виявляти чинники, що стримують процес відновлення, прогнозувати потенційні ризики дезадаптації та визначати пріоритетні напрями психологічного супроводу. Залежно від характеру та вираженості виявлених труднощів психологічна допомога може бути спрямована як на посилення особистісних ресурсів комбатанта, так і на оптимізацію зовнішнього адаптаційного середовища шляхом активізації сімейної підтримки, міжвідомчої взаємодії, соціального супроводу та залучення можливостей державних і громадських інституцій.

Запропонований підхід також може бути використаний для моніторингу ефективності програм психологічного забезпечення. Комплексне оцінювання змін, що відбуваються одночасно в об’єктивному та суб’єктивному адаптаційних середовищах, дає змогу більш повно визначати результати психологічного втручання, своєчасно виявляти позитивну або негативну динаміку та коригувати зміст реабілітаційних заходів відповідно до актуальних потреб важкопоранених комбатантів.

Висновки до розділу

У розділі здійснено комплексне дослідження особистісних, психоемоційних, соціальних і сімейних чинників адаптації, визначено їх взаємозв'язки та внесок у формування адаптаційного потенціалу важкопоранених комбатантів до мирного життя; обґрунтовано взаємодію об'єктивних і суб'єктивних чинників, що визначають перебіг адаптаційного процесу.

Обґрунтовано розуміння об'єктивного адаптаційного середовища як цілісної системи медичних, державних, соціально-економічних, організаційних та інституційних умов, що створюють ресурси для психологічного відновлення, соціальної реінтеграції та підвищення життєвої активності важкопоранених комбатантів. Установлено, що медична допомога виступає ресурсом, який забезпечує формування почуття безпеки, довіри, мотивації до відновлення та прийняття нового життєвого досвіду. Доведено, що ефективність державної підтримки визначається рівнем інтеграції медичних, психологічних, соціальних, правових та інформаційних механізмів супроводу, а соціально-економічні умови формують основу відновлення соціальної суб'єктності, професійної реалізації та активної участі важкопоранених комбатантів у суспільному житті.

Систематизовано суб'єктивні чинники соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та запропоновано їх структуру, яка включає особистісний, психофізіологічний та психоемоційний компоненти. Зазначено, що провідне значення у процесі адаптації мають психологічна стійкість, самоефективність, самоприйняття, життєві смисли, мотивація до відновлення, здатність до емоційної саморегуляції та використання особистісних ресурсів. Доведено, що депресивність, тривожність, емоційний дискомфорт, порушення образу тіла, фрустрація та зниження суб'єктивного благополуччя виступають

психологічними детермінантами дезадаптації, обмежуючи можливості соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

Розкрито вплив фізичних обмежень на процес соціально-психологічної адаптації, відповідно до якої наслідки тяжких бойових поранень реалізуються через взаємодію фізичного, психологічного, особистісного та соціального компонентів. Обґрунтовано, що основним чинником успішної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя є рівень сформованості адаптаційного потенціалу особистості, який забезпечує здатність ефективно використовувати внутрішні ресурси та можливості соціального середовища для відновлення психологічного благополуччя і повернення до активного суспільного життя.

Запропоновано інтегративну систематизацію об'єктивних і суб'єктивних чинників соціально-психологічної адаптації, відповідно до якої адаптаційний процес розглядається як результат взаємодії об'єктивного адаптаційного середовища, що визначає зовнішні умови відновлення, та суб'єктивного, яке характеризує систему особистісних ресурсів, психологічних механізмів і внутрішніх можливостей особистості. Вона розширює теоретико-методологічні засади дослідження, створює цілісне уявлення про закономірності післятравматичного відновлення важкопоранених комбатантів і слугує науковою основою для подальшого вдосконалення системи їх психологічного супроводу, реабілітації та соціальної реінтеграції**.**

Розроблено модель психологічного забезпечення соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, що об'єднує діагностико-прогностичний, стабілізаційно-ресурсний, реконструктивно-особистісний, соціально-реінтеграційний та підтримувально-моніторинговий компоненти, реалізація якої має забезпечити розвиток адаптаційного потенціалу особистості, відновлення психологічного благополуччя, активізацію внутрішніх ресурсів, зниження

проявів психоемоційної дезадаптації та підвищення ефективності соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

Доведено, що соціально-психологічна адаптація є багаторівневою динамічною системою, успішність функціонування якої визначається характером взаємозв'язку її чинників та їх здатністю забезпечувати розвиток адаптаційного потенціалу особистості.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.3; 2.17; 2.18; 2.19; 2.24; 3.17; 3.18].

РОЗДІЛ 5

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

5.1. Методологічні та змістово-процесуальні засади програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Одержані результати стали підставою для розроблення комплексної програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, спрямованої на активізацію адаптаційних ресурсів особистості, зниження проявів психологічної дезадаптації, зміцнення сімейних взаємин та підвищення ефективності соціальної реінтеграції після бойового поранення.

Метою програми є підвищення рівня соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів шляхом розвитку особистісних ресурсів, оптимізації емоційного стану, зміцнення сімейної взаємодії та розширення соціально-підтримувального середовища.

Для досягнення поставленої мети передбачено реалізацію таких завдань:

1. Розвиток життєстійкості та адаптивного потенціалу особистості.
2. Формування навичок емоційної саморегуляції та конструктивного подолання стресових переживань.
3. Зниження рівня тривожності, депресивності та емоційного напруження.
4. Підвищення рівня суб’єктивного благополуччя та задоволеності життям.
5. Розвиток навичок ефективної комунікації та міжособистісної взаємодії.

6. Зміцнення сімейної згуртованості та покращення сімейної взаємодії.

7. Активізація ресурсів соціальної підтримки та соціальної реінтеграції.

8. Формування позитивних життєвих перспектив і мотивації до подальшого розвитку.

Розроблення програми соціально-психологічної адаптації ВК ґрунтувалося на науково обґрунтованих принципах, які забезпечували її теоретичну цілісність, практичну ефективність та відповідність специфіці досліджуваної категорії осіб.

Розроблення програми СПА важкопоранених комбатантів ґрунтувалося на принципах:

− науковості (передбачав опору на сучасні теоретичні положення психології адаптації, психології травми та результати проведеного емпіричного дослідження);

− системності (забезпечував розгляд адаптації як цілісного процесу, що охоплює особистісну, емоційну, сімейну та соціальну сфери життєдіяльності комбатанта);

− комплексності (реалізовувався через поєднання психоедукаційних, тренінгових, консультативних та корекційно-розвивальних форм роботи);

− індивідуального підходу передбачав урахування особливостей поранення, рівня адаптації, особистісних ресурсів і актуальних потреб кожного учасника);

− ресурсної орієнтації (був спрямований на розвиток життєстійкості, самоприйняття, внутрішніх адаптаційних ресурсів, активізацію сімейної та соціальної підтримки);

− активності учасників (забезпечував їх залучення до практичної роботи, рефлексії та вироблення навичок саморегуляції);

− добровільності (гарантував право учасників самостійно приймати рішення щодо участі у програмі);

− конфіденційності (забезпечував дотримання етичних норм та збереження отриманої інформації);

− практичної спрямованості (передбачав орієнтацію занять на формування навичок подолання психологічних труднощів, покращення сімейної взаємодії та успішної соціальної реінтеграції).

Дотримання принципів забезпечило наукову обґрунтованість, цілісність і практичну ефективність програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Структуру програми соціально-психологічної адаптації ВК подано на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Структура програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Програма реалізовувалася протягом шести місяців та передбачала поетапне проходження модулів, які були спрямовані на розвиток конкретних адаптаційних ресурсів та подолання виявлених у ході констатувального дослідження проблемних зон.

Загальна кількість занять становила 48, а загальний обсяг програми – 96 годин. Тривалість одного заняття складала 2 години. Проводилися двічі на тиждень у груповій формі з елементами індивідуального психологічного супроводу, що забезпечувало систематичність психологічного впливу, сприяло закріпленню набутих навичок саморегуляції, розвитку адаптаційних ресурсів та підтриманню мотивації учасників до активної участі у реабілітаційному процесі.

Основною формою реалізації програми була групова тренінгова робота, що поєднувалася з елементами індивідуального психологічного консультування, психоедукації та психологічного супроводу учасників. Вибір групової форми роботи обумовлений її високою ефективністю у розвитку соціальних навичок, формуванні навичок міжособистісної взаємодії, отриманні емоційної підтримки та подоланні почуття соціальної ізоляції, характерного для частини важкопоранених комбатантів.

Групова взаємодія створювала умови для обміну досвідом, розвитку рефлексії, отримання конструктивного зворотного зв’язку, усвідомлення спільності переживань та активізації внутрішніх ресурсів учасників. Індивідуальні консультації використовувалися для опрацювання особистісних проблем, які потребували конфіденційного обговорення або додаткової психологічної підтримки.

Очікуваними результатами реалізації програми були підвищення рівня соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, розвиток життєстійкості та внутрішніх адаптаційних ресурсів особистості, зниження рівня депресивних і тривожних переживань, покращення емоційного стану та суб’єктивного благополуччя. Передбачалося підвищення рівня самоприйняття, впевненості у власних можливостях, формування навичок

ефективної саморегуляції та конструктивного подолання життєвих труднощів, посилення сімейної взаємодії, покращення взаєморозуміння між членами родини, розширення соціальної підтримки та зміцнення сімейних ресурсів адаптації. У соціальній сфері очікувалося підвищення соціальної активності учасників, покращення міжособистісної взаємодії, відновлення соціальних ролей та розширення можливостей соціальної й професійної реінтеграції. Реалізація програми була спрямована на формування стійкої системи особистісних, сімейних та соціальних ресурсів, необхідних для успішного повернення важкопоранених комбатантів до повноцінного функціонування в умовах мирного життя.

У табл. 5.1 представлено тематичний план програми соціально-психологічної адаптації ВК.

Таблиця 5.1

Тематичний план програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
Модуль 1. Діагностико-прогностичний			
1.	Вступ до програми. Формування групи	Формування психологічно безпечного середовища, встановлення довірчих взаємин між учасниками, ознайомлення з цілями програми та правилами групової взаємодії	Знайомство, групова дискусія, вироблення правил роботи
2.	Усвідомлення змін після поранення	Сприяння усвідомленню особистісних, фізичних та соціальних змін, пов’язаних із бойовим пораненням, прийняттю нової життєвої ситуації	Рефлексивні вправи, обговорення, робота в парах
3.	Емоційний стан після бойового поранення	Усвідомлення особливостей власного емоційного реагування на наслідки бойового поранення та визначення основних джерел психологічного напруження	Психоедукація, групова дискусія, самоспостереження

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
4.	Розпізнавання та вираження емоцій	Розвиток навичок ідентифікації, усвідомлення та конструктивного вираження власних емоцій і почуттів	Вправи емоційної усвідомленості, рефлексія
5.	Родина як ресурс психологічного відновлення	Усвідомлення ролі сім'ї у процесі соціально-психологічної адаптації, підвищення значущості сімейної підтримки як ресурсу психологічного відновлення	Психоедукація, групова дискусія
6.	Аналіз сімейних взаємин	Сприяння усвідомленню особливостей власних сімейних взаємин, визначення ресурсів та проблемних аспектів сімейного функціонування	Самоаналіз, рефлексія, робота в малих групах
7.	Повернення до активного соціального життя	Формування готовності до соціальної реінтеграції, усвідомлення власних можливостей та перспектив участі у суспільному житті після завершення основного етапу реабілітації	Психоедукація, групова дискусія
8.	Соціальні ролі після поранення	Усвідомлення змін у системі соціальних ролей та формування навичок адаптації до нових життєвих обставин	Аналіз життєвих ситуацій, рефлексія
Модуль 2. Стабілізаційно-ресурсний			
9.	Життєстійкість та її ресурси	Формування здатності долати труднощі, підтримувати психологічну стійкість та ефективно реагувати на життєві виклики	Мінілекція, тренінгові вправи

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
10.	Контроль над власним життям	Розвиток внутрішнього локусу контролю та відповідальності за власні рішення і життєвий вибір	Аналіз ситуацій, дискусія
11.	Особистісні ресурси та сильні сторони	Усвідомлення індивідуальних ресурсів і можливостей, формування навичок їх використання у процесі адаптації	Ресурсні вправи, групова робота
12.8	Подолання обмежувальних переконань	Виявлення та корекція дезадаптивних переконань, які перешкоджають психологічному відновленню та соціальній активності	Когнітивна реструктуризація
13.	Тривожність та способи її подолання	Формування навичок розпізнавання тривожних станів та опанування технік їх психологічної регуляції	Релаксаційні вправи, дихальні техніки
14.	Подолання страхів і невизначеності	Зниження інтенсивності переживань, пов’язаних із майбутнім, фізичними обмеженнями та змінами життєвих перспектив	Когнітивно-поведінкові техніки
15.	Робота з депресивними переживаннями	Усвідомлення проявів депресивних станів та формування способів підтримання психологічної активності й життєвої мотивації	Тренінгові вправи, обговорення
16.	Подолання фрустрації та безпорадності	Розвиток здатності конструктивно реагувати на життєві труднощі, втрати та обмеження, спричинені пораненням	Аналіз ситуацій, групова взаємодія

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
17.	Управління стресом	Формування навичок ефективного подолання стресових ситуацій та відновлення психологічної рівноваги	Техніки саморегуляції
18.	Емоційна саморегуляція	Розвиток здатності контролювати інтенсивність негативних переживань та підтримувати емоційну стабільність	Практичні вправи, релаксація
19.	Робота з почуттям провини та образи	Зниження впливу деструктивних переживань на психологічний стан та формування навичок емоційного прийняття	Психотерапевтичні вправи, рефлексія
20.	Психологічне відновлення після травматичного досвіду	Актуалізація внутрішніх ресурсів подолання наслідків психотравматизації та відновлення психологічного благополуччя	Ресурсні техніки, групове обговорення
Модуль 3. Реконструктивно-особистісний			
21.	Образ «Я» після травматичного досвіду	Формування реалістичного та позитивного образу себе, подолання негативних уявлень про власну особистість та життєві перспективи	Самоаналіз, вправи самопізнання
22.	Самоприйняття як основа адаптації	Розвиток навичок прийняття власних фізичних і психологічних особливостей після поранення, підвищення рівня самоповаги	Когнітивно-поведінкові техніки, рефлексія

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
23.	Життєві цілі та перспективи	Формування навичок планування майбутнього, визначення особистісно значущих життєвих цілей та шляхів їх досягнення	Вправи цілепокладання
24.	Самомотивація та активна життєва позиція	Розвиток внутрішньої мотивації до саморозвитку, реабілітації та повернення до активного соціального життя	Мозковий штурм, групове обговорення
25.	Самоефективність та впевненість у собі	Підвищення віри у власні можливості, розвиток навичок самопідтримки та конструктивного вирішення життєвих проблем	Рольові вправи, моделювання ситуацій
26.	Особистісні ресурси та перспективи адаптації	Узагальнення отриманого досвіду, оцінка особистісних змін та закріплення сформованих адаптаційних ресурсів	Рефлексія, групове обговорення
27.	Формування позитивного емоційного досвіду	Розвиток навичок переживання позитивних емоцій, підвищення рівня життєвого задоволення та психологічного благополуччя	Вправи позитивної психології
28.	Емоційне відновлення та психологічне благополуччя	Узагальнення набутих знань і навичок емоційної саморегуляції, оцінка особистісних змін та закріплення одержаних результатів	Групова рефлексія, зворотний зв’язок

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
29.	Емоційна підтримка в родині	Формування навичок конструктивного отримання та надання емоційної підтримки між членами сім'ї	Тренінгові вправи, обговорення
30.	Взаєморозуміння та довіра	Розвиток здатності до відкритого спілкування, взаєморозуміння та зміцнення довіри у сімейних взаєминах	Рольові вправи, моделювання ситуацій
31.	Ефективна сімейна комунікація	Формування навичок конструктивного спілкування, активного слухання та ненасильницької взаємодії	Вправи активного слухання, аналіз комунікативних ситуацій
32.	Конфлікти у сімейному середовищі	Навчання способам конструктивного вирішення сімейних конфліктів та попередження міжособистісної напруженості	Аналіз випадків, рольові ігри
Модуль 4. Соціально-реінтеграційний			
33.	Зміна сімейних ролей після поранення	Усвідомлення трансформації сімейних ролей та формування готовності до їх конструктивного перерозподілу	Групова дискусія, вправи усвідомлення
34.	Підтримка автономності комбатанта	Формування балансу між допомогою та підтримкою самостійності важкопораненого комбатанта у сімейному середовищі	Обговорення, ситуаційний аналіз
35.	Родина у процесі реабілітації	Підвищення готовності членів сім'ї до активної участі у психологічній, медичній та соціальній реабілітації важкопораненого комбатанта	Психоедукація, групова робота

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
36.	Психологічна компетентність членів родини	Розширення знань про особливості адаптації після бойового поранення та розвиток навичок психологічної підтримки	Мінілекція, інтерактивні вправи
37.	Сімейна згуртованість та спільні ресурси	Зміцнення сімейної єдності, розвитку взаємної відповідальності та підтримки в умовах життєвих труднощів	Групова дискусія, ресурсні вправи
38.	Сімейна взаємодія та взаємна підтримка	Узагальнення набутих знань і навичок сімейної взаємодії, оцінка змін у сімейному функціонуванні та закріплення позитивного досвіду	Рефлексія, зворотний зв’язок
39.	Відновлення міжособистісних контактів	Розвиток навичок встановлення та підтримання конструктивних соціальних взаємин у різних сферах життєдіяльності	Вправи на розвиток соціальної компетентності, робота в малих групах
40.	Ефективна соціальна взаємодія	Формування навичок конструктивного спілкування, співробітництва та соціальної активності в цивільному середовищі	Рольові ігри, групові вправи
41.	Соціальна підтримка та ресурси громади	Ознайомлення з можливостями використання державних, громадських і волонтерських ресурсів для підтримки адаптаційного процесу	Аналіз ресурсної карти громади, робота в малих групах, кейс-метод

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
42.	Професійна самореалізація	Формування позитивної професійної перспективи, визначення шляхів професійного розвитку та самореалізації після поранення	Кар'єрне консультування, вправи цілепокладання
43.	Подолання бар'єрів працевлаштування	Розвиток навичок подолання психологічних і соціальних труднощів, пов'язаних із поверненням до професійної діяльності	Аналіз кейсів, групова робота
44.	Соціальна активність та громадянська участь	Підвищення рівня соціальної відповідальності та залучення до громадської діяльності як чинника особистісного відновлення	Дискусія, проєктна робота
Модуль 5. Підтримувально-моніторинговий			
45.	Самопрезентація та впевнена поведінка	Формування навичок ефективної самопрезентації, впевненого спілкування та конструктивного відстоювання власної позиції	Вправи асертивної поведінки, метод зворотного зв'язку
46.	Планування майбутнього	Розвиток навичок довгострокового життєвого планування та побудови індивідуальної стратегії подальшого розвитку	Вправи стратегічного планування
47.	Інтеграція особистісних ресурсів	Узагальнення набутих адаптаційних навичок та формування цілісної моделі особистісного й соціального функціонування	Ресурсні вправи, рефлексія

Продовження табл. 5.1

№	Тема заняття	Мета заняття	Основні методи роботи
48.	Закріплення результатів та подальші перспективи адаптації	Підбиття підсумків участі у програмі, оцінка досягнутих змін, закріплення сформованих навичок та визначення перспектив подальшого розвитку	Підсумкова рефлексія, зворотний зв’язок

Комплексний характер програми забезпечує цілісний вплив на особистісну, емоційну, сімейну та соціальну сфери функціонування важкопоранених комбатантів, що створює передумови для підвищення рівня їх соціально-психологічної адаптації. Водночас ефективність запропонованої програми потребує емпіричної перевірки, що зумовлює проведення її апробації та подальший аналіз одержаних результатів.

5.2. Апробація та експериментальна перевірка ефективності програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

З метою перевірки ефективності розробленої програми соціально-психологічної адаптації було проведено формувальний експеримент. До участі в апробації програми були залучені важкопоранені комбатанти, які за результатами первинного психодіагностичного обстеження висловили добровільну згоду на проходження повного курсу психологічного супроводу та брали участь у всіх етапах реалізації програми. Формувальна вибірка складалася з учасників, які пройшли повний цикл занять і повторне психодіагностичне обстеження після завершення програми.

Оцінювання ефективності програми здійснювалося шляхом повторного психодіагностичного обстеження учасників після завершення формувального впливу із використанням комплексу методик, застосованих на

констатувальному етапі дослідження. Для перевірки статистичної значущості змін використовувався критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок.

Першим етапом апробації програми стало дослідження змін показників СПА за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда. Результати порівняння показників до та після реалізації програми наведено в табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Динаміка показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Адаптивність	101,2±0,91	118,4±0,86	-11,84	<0,001
Дезадаптивність	119,7±1,08	98,3±0,94	-10,92	<0,001
Прийняття себе	27,9±0,31	33,8±0,28	-9,67	<0,001
Неприйняття себе	25,4±0,29	18,7±0,24	-9,54	<0,001
Прийняття інших	15,2±0,25	19,4±0,22	-8,63	<0,001
Неприйняття інших	22,8±0,27	17,1±0,21	-8,94	<0,001
Емоційний комфорт	16,9±0,24	24,7±0,23	-11,23	<0,001
Емоційний дискомфорт	25,1±0,28	17,3±0,20	-10,76	<0,001
Внутрішній контроль	31,1±0,35	36,6±0,31	-8,71	<0,001
Зовнішній контроль	29,4±0,27	22,1±0,22	-9,18	<0,001
Домінування	7,8±0,12	9,4±0,11	-6,54	<0,001
Підлеглість	19,1±0,23	14,8±0,19	-7,43	<0,001
Ескапізм	17,5±0,18	12,2±0,15	-9,82	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми відбулося статистично значуще покращення всіх досліджуваних показників соціально-психологічної адаптації ($p<0,001$). Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовано за показниками загальної адаптивності, яка зросла з M=101,2±0,91 до M=118,4±0,86, та емоційного комфорту, значення якого підвищилося з 16,9±0,24 до 24,7±0,23 бали. Одержані результати свідчать про покращення психологічного самопочуття учасників програми, підвищення їхньої здатності до конструктивного подолання життєвих труднощів та успішного пристосування до змінених

життєвих умов після поранення. Спостерігалося суттєве зниження показників дезадаптивності (з 119,7±1,08 до 98,3±0,94), емоційного дискомфорту (з 25,1±0,28 до 17,3±0,20) та ескапізму (з 17,5±0,18 до 12,2±0,15). Результати свідчать про зменшення проявів психологічного уникання, внутрішньої напруженості, почуття безпорадності та схильності до дистанціювання від проблемних життєвих ситуацій.

Покращилися показники самоставлення. Рівень прийняття себе зріс з 27,9±0,31 до 33,8±0,28 бали, неприйняття себе знизилося з 25,4±0,29 до 18,7±0,24 бали. Зміни свідчать про успішніше прийняття наслідків поранення, позитивнішу оцінку власних можливостей та поступове відновлення особистісної цілісності. Позитивна динаміка виявлена у сфері міжособистісних відносин. Показник прийняття інших зріс з 15,2±0,25 до 19,4±0,22 бали, а неприйняття інших знизилося з 22,8±0,27 до 17,1±0,21 бали, що свідчить про підвищення рівня довіри до соціального оточення та покращення якості міжособистісної взаємодії.

Показник внутрішнього контролю зріс з 31,1±0,35 до 36,6±0,31 бали, зовнішній контроль зменшився з 29,4±0,27 до 22,1±0,22 бали. Одержані результати свідчать про посилення суб’єктивного відчуття відповідальності за власне життя, віри у власні можливості та активізацію особистісної позиції щодо процесу відновлення.

Результати підтверджують високу ефективність розробленої програми щодо підвищення рівня соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Позитивні зміни стосувалися адаптивності, емоційного комфорту, самоприйняття та внутрішнього локусу контролю.

Індикатором успішності соціально-психологічної адаптації є суб’єктивна оцінка людиною якості власного життя та його відповідності особистим очікуванням і потребам. З метою оцінювання ефективності розробленої програми соціально-психологічної адаптації проведено повторне обстеження учасників формувального експерименту за допомогою Шкали

задоволеності життям (SWLS). Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.3.

Таблиця 5.3

Динаміка показників задоволеності життям важкопоранених комбатантів за шкалою SWLS до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Загальний показник задоволеності життям	18,5±0,35	23,9±0,34	-8,62	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми соціально-психологічної адаптації відбулося статистично значуще підвищення рівня задоволеності життям важкопоранених комбатантів. Середній показник задоволеності життям зріс з 18,5±0,35 бали до 23,9±0,34 бали, що свідчить про покращення суб'єктивної оцінки власного життя та позитивні зміни у сприйнятті життєвої ситуації. Встановлені відмінності є статистично значущими ($Z=-8,62$; $p<0,001$), що підтверджує ефективність впровадженої програми.

Аналіз результатів засвідчив, що після участі у програмі респонденти частіше демонстрували позитивне ставлення до власного життя, вищий рівень прийняття наслідків поранення та оптимістичне бачення майбутнього. Учасники відзначали зростання впевненості у власних можливостях, появу нових життєвих цілей і планів, підвищення відчуття особистісної ефективності. Зменшилася кількість висловлювань, пов'язаних із незадоволеністю життям, безперспективністю та труднощами прийняття змін, спричинених бойовим пораненням.

Одержані результати свідчать, що реалізація програми позитивно вплинула на когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя та сприяла підвищенню загальної задоволеності життям важкопоранених комбатантів.

Критерієм ефективності розробленої програми виступало підвищення рівня суб'єктивного благополуччя ВК, яке оцінювалося за допомогою модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі. Враховуючи результати констатувального етапу дослідження, під час якого було встановлено недостатній рівень психологічного та фізичного благополуччя значної частини респондентів, здійснено повторне обстеження учасників формувального експерименту після завершення програми. Результати порівняння показників суб'єктивного благополуччя до та після впровадження програми наведено в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Динаміка показників суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Психологічне благополуччя	40,9±0,51	49,8±0,47	-10,42	<0,001
Фізичне здоров'я та благополуччя	19,8±0,34	24,6±0,31	-8,75	<0,001
Соціальні стосунки	18,3±0,25	22,7±0,23	-9,21	<0,001
Загальний показник суб'єктивного благополуччя	79,0±1,03	97,1±0,94	-11,36	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми відбулося статистично значуще покращення всіх складових суб'єктивного благополуччя важкопоранених комбатантів ($p<0,001$). Позитивні зміни зафіксовано за загальним показником суб'єктивного благополуччя, який зріс з M=79,0±1,03 до M=97,1±0,94 бали. Такий результат свідчить про покращення загального сприйняття якості життя, підвищення психологічної стійкості та формування позитивного ставлення до власного майбутнього. Зростання спостерігається за показником психологічного благополуччя, середнє значення якого підвищилося з

40,9±0,51 до 49,8±0,47 бали. Зміни свідчать про розвиток внутрішніх особистісних ресурсів, підвищення впевненості у власних можливостях, зміцнення відчуття життєвого контролю та формування конструктивного ставлення до наслідків поранення. Позитивна динаміка показника підтверджує ефективність заходів програми, спрямованих на розвиток життєстійкості, самоприйняття та емоційної саморегуляції.

Показник соціальних стосунків продемонстрував покращення – з 18,3±0,25 до 22,7±0,23 бали. Ці результати свідчать про підвищення рівня довіри до соціального оточення, покращення якості міжособистісної взаємодії, активізацію соціальних контактів та посилення відчуття підтримки з боку близьких людей. Виявлена позитивна динаміка узгоджується з результатами констатувального етапу дослідження, які засвідчили провідну роль сімейного та соціального середовища у процесі адаптації важкопоранених комбатантів.

Статистично значуще зростання встановлено і за показником фізичного здоров'я та благополуччя, який збільшився з 19,8±0,34 до 24,6±0,31 бали. Незважаючи на відносну стабільність фізичних наслідків бойових поранень, одержані результати свідчать про покращення суб'єктивного сприйняття власного стану здоров'я, підвищення адаптації до фізичних обмежень та ефективне використання наявних реабілітаційних ресурсів.

Таким чином, реалізація програми сприяла зниженню проявів психологічної дезадаптації, формуванню позитивної життєвої перспективи, зміцненню особистісних ресурсів та покращенню соціального функціонування важкопоранених комбатантів.

Складовою соціально-психологічної адаптації ВК виступає життєстійкість як інтегральна особистісна характеристика, що забезпечує здатність ефективно долати стресові ситуації, підтримувати психологічну рівновагу та конструктивно адаптуватися до наслідків бойової травматизації. З метою оцінки ефективності розробленої програми було проведено повторне обстеження учасників формувального експерименту за шкалою

життєстійкості Коннора – Девідсона (CD-RISC-10). Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

Динаміка показників життєстійкості важкопоранених комбатантів за шкалою CD-RISC-10 до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Загальний показник життєстійкості	20,4±0,47	26,8±0,43	-9,14	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми соціально-психологічної адаптації відбулося статистично значуще підвищення рівня життєстійкості важкопоранених комбатантів. Середній показник за шкалою CD-RISC-10 зріс з 20,4±0,47 бали до 26,8±0,43 бали. Виявлені зміни є статистично значущими ($Z=-9,14$; $p<0,001$), що свідчить про позитивний вплив програми на розвиток особистісних ресурсів психологічної стійкості. Одержані результати показують посилення здатності учасників долати труднощі, зберігати емоційну рівновагу та підтримувати активну життєву позицію в умовах тривалих наслідків бойового поранення.

Після проходження програми комбатанти демонстрували вищий рівень впевненості у власних можливостях, частіше використовували конструктивні стратегії подолання труднощів та рідше виявляли ознаки безпорадності й песимістичного ставлення до майбутнього. Учасники відзначали підвищення здатності контролювати власний емоційний стан, краще справлятися зі стресовими ситуаціями й активно включатися у процеси соціального й професійного відновлення.

Критерієм ефективності розробленої програми виступало зниження вираженості депресивної симптоматики у важкопоранених комбатантів. Актуальність оцінки показника зумовлена тим, що депресивні переживання є

поширеним психологічним наслідком бойової травматизації та впливають на процес соціально-психологічної адаптації особистості. Для визначення змін, що відбулися після реалізації програми, було проведено повторне обстеження учасників формувального експерименту за допомогою «Опитувальника депресії Бека». Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.6.

Таблиця 5.6

Динаміка показників депресії важкопоранених комбатантів за опитувальником депресії А. Бека до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Загальний показник депресії	19,4±0,50	13,2±0,42	-9,57	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми соціально-психологічної адаптації відбулося статистично значуще зниження рівня депресивної симптоматики у важкопоранених комбатантів. Середній показник депресії зменшився з 19,4±0,50 бали до 13,2±0,42 бали. Виявлені зміни є статистично значущими ($Z=-9,57$; $p<0,001$), що свідчить про високу ефективність програми щодо зменшення проявів емоційного неблагополуччя.

До початку реалізації програми середній рівень депресії відповідав помірно вираженій депресивній симптоматиці та наближався до межі депресії середньої тяжкості. Після завершення програми середній показник перейшов у межі легкої депресивної симптоматики. Одержані результати свідчать про зниження емоційного виснаження, почуття безнадійності та негативного сприйняття власного майбутнього. Після участі у програмі комбатанти рідше повідомляли про пригнічений настрій, втрату життєвих перспектив, почуття безпорадності та труднощі у прийнятті власного стану після поранення. Учасники частіше демонстрували готовність до активного вирішення життєвих проблем, вищий рівень віри у власні можливості та позитивне

ставлення до майбутнього. Під час підсумкових обговорень багато респондентів відзначали зменшення внутрішньої напруги, покращення емоційного стану, відновлення інтересу до соціальної взаємодії та професійної самореалізації.

Результати апробації підтвердили ефективність розробленої програми щодо зниження рівня депресії у важкопоранених комбатантів та засвідчили позитивні зміни в емоційній сфері, самосприйнятті та загальному психологічному благополуччі учасників дослідження.

Показником ефективності розробленої програми виступало зниження рівня тривожності ВК. Враховуючи результати констатувального етапу дослідження, які засвідчили високу поширеність тривожних переживань та їхній негативний вплив на процес соціально-психологічної адаптації, після завершення програми було проведено повторне обстеження учасників формувального експерименту за допомогою Шкали тривожності Бека. Результати порівняння показників тривожності до та після впровадження програми наведено в табл. 5.7.

Таблиця 5.7

Динаміка показників тривожності важкопоранених комбатантів за Шкалою тривожності А. Бека до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Загальний показник тривожності	18,2±0,53	12,6±0,45	-8,94	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми соціально-психологічної адаптації відбулося статистично значуще зниження рівня тривожності у важкопоранених комбатантів. Середній показник тривожності зменшився з 18,2±0,53 бали до 12,6±0,45 бали. Такі відмінності є статистично значущими ($Z=-8,94$; $p<0,001$), що підтверджує ефективність розробленої програми щодо зниження інтенсивності тривожних переживань.

До початку формувального експерименту середній рівень тривожності перебував на межі середнього та високого рівнів і відображав наявність вираженого емоційного напруження, характерного для осіб, які пережили важкі бойові поранення. Після завершення програми середній показник відповідає легкому рівню тривожності, що свідчить про покращення психоемоційного стану учасників. Після участі у програмі респонденти рідше повідомляли про постійне внутрішнє напруження, нав'язливі тривожні думки, очікування небезпеки та невизначеність щодо майбутнього. Зменшилася частота скарг на порушення сну, труднощі концентрації уваги, підвищену дратівливість і соматичні прояви тривоги. Учасники демонстрували спокійне ставлення до життєвих труднощів, вищий рівень впевненості у власних можливостях та готовність до активного вирішення проблемних ситуацій.

Зниження рівня тривожності після проходження програми свідчить про покращення адаптаційних можливостей особистості, підвищення психологічної стійкості та відновлення емоційної рівноваги.

Напрямом оцінювання ефективності програми стало дослідження змін у професійній спрямованості важкопоранених комбатантів. Враховуючи, що професійна самореалізація є механізмом соціально-психологічної адаптації та повернення до активного життя, після завершення формувального експерименту було проведено повторне обстеження учасників за методикою професійних типів особистості Дж. Голланда. Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.8.

Таблиця 5.8

Динаміка показників професійної спрямованості важкопоранених комбатантів за методикою Дж. Голланда до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Реалістичний тип	8,5±0,15	7,8±0,14	-3,84	<0,001
Соціальний тип	7,8±0,14	8,9±0,13	-6,12	<0,001
Підприємливий тип	6,7±0,14	7,8±0,13	-5,74	<0,001

Конвенційний тип	5,8±0,13	6,3±0,12	-2,97	0,003
Інтелектуальний тип	5,3±0,12	6,1±0,11	-4,11	<0,001
Артистичний тип	4,7±0,11	5,4±0,10	-3,68	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми відбулися статистично значущі зміни у структурі професійної спрямованості важкопоранених комбатантів. За реалістичним типом особистості зафіксовано зниження показників з 8,5±0,15 до 7,8±0,14 бали. Така динаміка свідчить про поступове зменшення орієнтації винятково на фізично активні та технічно спрямовані види діяльності. Після проходження програми учасники демонстрували більшу готовність переглядати професійні перспективи й адаптувати свої кар'єрні плани до нових життєвих обставин, пов'язаних із наслідками поранення. Зменшення вираженості реалістичного типу можна розглядати як показник зниження внутрішнього конфлікту між колишніми професійними можливостями та актуальним фізичним станом.

Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися за соціальним типом особистості, показники якого зросли з 7,8±0,14 до 8,9±0,13 бали. Одержані результати свідчать про посилення потреби у міжособистісній взаємодії, соціальній активності та допомозі іншим людям. Після участі у програмі комбатанти частіше виявляли інтерес до наставницької діяльності, участі у ветеранських об'єднаннях, громадських проєктах та волонтерських ініціативах. Зміни є успішною соціальною реінтеграцією.

Статистично значуще підвищення зафіксовано за підприємливим типом особистості – з 6,7±0,14 до 7,8±0,13 бали, що свідчить про розвиток лідерських якостей, підвищення впевненості у власних силах, готовності брати відповідальність за власне майбутнє та активно впливати на життєві обставини. Учасники програми демонстрували більшу мотивацію до професійної самореалізації, відкриття власної справи, участі в управлінській діяльності та реалізації нових соціальних проєктів.

Показники конвенційного типу особистості зросли з 5,8±0,13 до 6,3±0,12 бали. Зміни відображають підвищення готовності до діяльності, що потребує організованості, відповідальності, дотримання правил і чіткого планування. Після завершення програми комбатанти позитивно оцінювали можливості професійної реалізації у сферах адміністративної, організаційної та документальної роботи, які можуть бути доступними за наявності фізичних обмежень.

За інтелектуальним типом особистості встановлено позитивну динаміку: показник зріс з 5,3±0,12 до 6,1±0,11 бали. Такі результати свідчать про підвищення інтересу до навчання, професійної перекваліфікації, аналітичної діяльності та набуття нових знань. Комбатанти стали відкритими до освоєння нових професій, що не потребують значного фізичного навантаження, але вимагають інтелектуальної активності та професійного розвитку.

Позитивні зміни спостерігалися і за артистичним типом особистості. Його показник збільшився з 4,7±0,11 до 5,4±0,10 бали. Хоча артистичний тип залишається найменш вираженим серед усіх професійних орієнтацій, зростання його показників свідчить про розвиток творчої активності, готовності до самовираження та використання творчих ресурсів у процесі психологічного відновлення. Частина учасників після завершення програми виявляла зацікавленість у мистецьких, культурних та реабілітаційно-творчих видах діяльності, що сприяло розширенню можливостей їхньої соціальної адаптації.

Аналіз окремих професійних типів особистості підтвердив, що реалізація програми сприяла формуванню більш гнучкої та адаптивної структури професійної спрямованості важкопоранених комбатантів. Найбільш позитивні зміни пов’язані зі зростанням соціальної активності, підприємливості, готовності до професійної перекваліфікації та розширення життєвих перспектив.

Критерієм ефективності програми соціально-психологічної адаптації виступало зниження рівня негативних психічних станів, які ускладнюють процес психологічного відновлення ВК. З цією метою після завершення формувального експерименту було проведено повторне обстеження учасників за методикою Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів». Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.9.

Таблиця 5.9

Динаміка показників психічних станів важкопоранених комбатантів за методикою Г. Айзенка до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Тривожність	14,6±0,23	10,9±0,19	-8,71	<0,001
Фрустрація	13,7±0,24	10,4±0,18	-8,26	<0,001
Агресивність	11,5±0,22	9,7±0,17	-5,34	<0,001
Ригідність	14,0±0,21	10,8±0,18	-7,94	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Після завершення програми соціально-психологічної адаптації за всіма досліджуваними психічними станами зафіксовано статистично значущі позитивні зміни.

Найбільш виражене зниження спостерігається за показником тривожності. Якщо до початку формувального експерименту середнє значення становило 14,6±0,23 бали, що відповідало високому рівню тривожності, то після завершення програми воно знизилося до 10,9±0,19 бали. Одержані результати свідчать про зменшення емоційного напруження, надмірного занепокоєння, очікування небезпеки та труднощів психологічної саморегуляції. Учасники частіше демонстрували впевненість у власних

можливостях, краще контролювали емоційні реакції та позитивно оцінювали перспективи власного майбутнього.

Позитивна динаміка встановлена щодо показника фрустрації. Середнє значення зменшилося з 13,7±0,24 бали до 10,4±0,18 бали. Зниження рівня фрустрації свідчить про послаблення переживань безсилля, розчарування та незадоволеності власними можливостями. Після проходження програми комбатанти виявляли більшу готовність приймати обмеження, пов’язані з наслідками поранення, та активніше шукали шляхи реалізації особистих і професійних планів. Зміни відбулися за показником ригідності. До впровадження програми середній показник становив 14,0±0,21 бали, після її завершення він знизився до 10,8±0,18 бали. Одержані результати свідчать про підвищення психологічної гнучкості учасників, їхньої здатності адаптуватися до нових життєвих умов та переглядати звичні способи поведінки відповідно до змінених обставин. Комбатанти демонстрували більшу готовність до професійної переорієнтації, освоєння нових соціальних ролей та прийняття змін, спричинених пораненням.

Менш виражені, проте статистично значущі зміни виявлено за показником агресивності. Середнє значення знизилося з 11,5±0,22 бали до 9,7±0,17 бали. Зменшення агресивності свідчить про покращення емоційного контролю, зниження рівня дратівливості та конфліктності у міжособистісній взаємодії. Після завершення програми учасники частіше використовували конструктивні способи реагування на стресові ситуації та рідше вдавалися до імпульсивних поведінкових реакцій.

Результати формувального експерименту підтвердили ефективність розробленої програми щодо корекції негативних психічних станів важкопоранених комбатантів. Найбільші позитивні зміни зафіксовано щодо тривожності, фрустрації та ригідності, які на констатувальному етапі виступали провідними чинниками психологічної дезадаптації. Результати свідчать про покращення емоційного стану, підвищення психологічної гнучкості та розширення адаптаційних можливостей учасників програми.

Критерієм оцінки ефективності програми СПА виступала динаміка показників соціальної підтримки ВК. Враховуючи встановлену на констатувальному етапі провідну роль соціального оточення у процесі психологічного відновлення та реінтеграції, після завершення формувального експерименту було проведено повторне обстеження учасників за Багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS). Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.10.

Таблиця 5.10

Динаміка показників сприйняття соціальної підтримки важкопоранених комбатантів за методикою MSPSS до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Підтримка сім'ї	4,18±0,07	5,21±0,06	-7,24	<0,001
Підтримка друзів	3,54±0,08	4,87±0,07	-8,01	<0,001
Підтримка близької людини	4,42±0,07	5,48±0,05	-7,56	<0,001
Загальний показник соціальної підтримки	4,05±0,06	5,19±0,05	-8,43	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Позитивна динаміка спостерігається за показником підтримки сім'ї. До початку формувального експерименту середнє значення становило 4,18±0,07 бали, що відповідало середньому рівню сприйняття сімейної підтримки. Після завершення програми показник зріс до 5,21±0,06 бали. Такий результат свідчить про покращення сімейної взаємодії, посилення емоційної близькості між комбатантами та членами їхніх родин, зростання відчуття підтримки, розуміння та готовності близьких брати участь у процесі відновлення. Позитивна динаміка пов'язана із залученням сімей до окремих елементів програми, розвитком навичок конструктивної комунікації та підвищенням взаємної психологічної підтримки.

Особливо виражені зміни зафіксовано за шкалою підтримки друзів. До впровадження програми цей показник мав найнижчі значення серед усіх джерел СП – 3,54±0,08, що свідчило про звуження соціальних контактів, труднощі підтримання міжособистісних зв'язків та певну соціальну ізоляцію після поранення. Після завершення програми показник зріс до 4,87±0,07 бали. Результати свідчать про активізацію соціальної взаємодії учасників, розширення кола спілкування, зміцнення контактів із побратимами та залучення до ветеранських спільнот і груп взаємопідтримки.

Статистично значуще підвищення встановлено за показником підтримки близької людини. Якщо до початку програми середнє значення становило 4,42±0,07 бали, то після її завершення воно зросло до 5,48±0,05 бали. Це свідчить про зміцнення довірливих міжособистісних стосунків, підвищення емоційної відкритості та відчуття психологічної безпеки. Для важкопоранених комбатантів наявність значущої людини, яка забезпечує емоційну підтримку та прийняття, виступає ресурсом подолання наслідків травматичного досвіду та відновлення психологічної рівноваги. Позитивні зміни окремих джерел підтримки закономірно відобразилися на загальному показнику соціальної підтримки. До впровадження програми його середнє значення становило 4,05±0,06 бали та відповідало середньому рівню. Після завершення формувального експерименту показник підвищився до 5,19±0,05 бали, досягнувши високого рівня. Одержані результати свідчать про розширення соціальних ресурсів особистості та підвищення суб'єктивного відчуття підтримки з боку найближчого соціального оточення.

Таким чином після проходження програми учасники стали відкритими до отримання допомоги, активніше використовували можливості соціальної взаємодії та частіше зверталися за підтримкою до родини та друзів. Зменшилися прояви соціальної ізоляції, відчуття самотності та переживання власної покинутості. Результати підтверджують ефективність програми щодо розвитку соціально-підтримувального компонента соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Напрямом оцінювання ефективності програми стало вивчення змін у функціонуванні сімейної системи важкопоранених комбатантів. Враховуючи роль сім'ї у процесі психологічного відновлення, соціальної реінтеграції та підтримки особистості після бойового поранення, після завершення формувального експерименту було проведено повторне обстеження учасників за шкалою сімейної адаптації та згуртованості Д. Олсона. Результати порівняння показників до та після впровадження програми наведено в табл. 5.11.

Таблиця 5.11

Динаміка показників сімейної адаптації та згуртованості важкопоранених комбатантів до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Реальна сім'я				
Сімейна згуртованість	38,4±0,35	43,7±0,29	-7,36	<0,001
Сімейна адаптація	23,9±0,27	27,5±0,24	-6,98	<0,001
Ідеальна сім'я				
Сімейна згуртованість	44,5±0,24	45,2±0,21	-1,89	>0,05
Сімейна адаптація	27,6±0,19	28,1±0,18	-1,54	>0,05

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Результати свідчать про статистично значуще покращення показників сімейного функціонування після завершення програми соціально-психологічної адаптації. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовано щодо характеристик реальної сімейної системи, які відображають повсякденний досвід взаємодії комбатантів із членами родини. Рівень сімейної згуртованості реальної сім'ї зріс з 38,4±0,35 бали до 43,7±0,29 бали. Одержаний результат показує посилення емоційної близькості між членами родини, покращення взаєморозуміння та зростання готовності сім'ї до спільного подолання труднощів, пов'язаних із наслідками бойового

поранення. Показник сімейної адаптації зріс із 23,9±0,27 бали до 27,5±0,24 бали, що вказує на підвищення гнучкості сімейної системи, здатності конструктивно реагувати на зміни та ефективніше розподіляти сімейні ролі й обов'язки.

Показники ідеальної сім'ї суттєво не змінилися, що є закономірним результатом. Учасники програми й до початку експерименту демонстрували відносно стабільні уявлення про бажану модель сімейних взаємин. Реальна сім'я після завершення програми стала значно ближчою до бажаного образу.

Аналіз результатів дозволяє констатувати, що після проходження програми учасники частіше відзначали підтримку з боку членів родини, покращення взаєморозуміння, відкритість до обговорення труднощів та спільний пошук шляхів їх подолання. Зменшилася кількість повідомлень про конфліктність, емоційне відчуження та труднощі розподілу сімейних ролей, які раніше виникали внаслідок фізичних обмежень та зміни соціального статусу після поранення. Результати підтверджують, що включення сімейно-орієнтованих форм роботи до структури програми сприяло покращенню внутрішньосімейної взаємодії та підвищенню адаптаційного потенціалу родини. Сім'я стала ефективним джерелом емоційної підтримки, психологічної стабільності та соціальної допомоги у процесі відновлення важкопоранених комбатантів.

Критерієм ефективності розробленої програми виступало підвищення рівня сімейної взаємодії та сімейної адаптаційної підтримки важкопоранених комбатантів. Враховуючи результати констатувального етапу дослідження, які засвідчили недостатній рівень сімейної підтримки, труднощі внутрішньосімейної комунікації та недостатню залученість родини до процесу відновлення частини комбатантів, після завершення програми було проведено повторне обстеження учасників формувального експерименту за методикою «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів».

Результати порівняльного аналізу наведено в табл. 5.12.

Таблиця 5.12

Динаміка показників сімейної взаємодії важкопоранених комбатантів до та після впровадження програми

Показник	До програми (M±m)	Після програми (M±m)	Z	p
Загальний показник сімейної взаємодії	100,9±1,26	116,8±1,14	-10,24	<0,001
Коефіцієнт сімейної адаптаційної підтримки (KSAP)	0,58±0,01	0,74±0,0	-9,87	<0,001

Примітка. M – середнє арифметичне; m – помилка середнього арифметичного; Z – критерій Вілкоксона; p – рівень статистичної значущості.

Аналіз результатів свідчить про виражену позитивну динаміку показників сімейної взаємодії після реалізації програми соціально-психологічної адаптації. Загальний показник сімейної взаємодії зріс із 100,9±1,26 до 116,8±1,14 бали, що свідчить про покращення якості внутрішньосімейної комунікації, підвищення рівня взаєморозуміння, довіри та емоційної підтримки з боку членів родини. Позитивні зміни спостерігалися щодо коефіцієнта сімейної адаптаційної підтримки. Після завершення програми його значення зросло з 0,58±0,01 до 0,74±0,01, що відображає посилення участі сім'ї у процесі психологічного відновлення комбатантів, підвищення готовності родини до надання емоційної, соціальної та практичної допомоги. Після участі у програмі комбатанти частіше відзначали підтримку з боку близьких, покращення взаєморозуміння у сім'ї, зменшення конфліктності у взаєминах та підвищення відчуття емоційної безпеки. Учасники повідомляли про більшу відкритість у спілкуванні з членами родини, готовність спільно обговорювати труднощі адаптації та ефективніше розподіляти сімейні обов'язки в умовах реабілітації.

Додатковим підтвердженням ефективності розробленої програми стали результати опитування членів сімей ВК та практичних психологів, які брали участь у її апробації. За результатами експертного оцінювання учасники

відзначили позитивні зміни в емоційному стані комбатантів, підвищення рівня їхньої соціальної активності, покращення сімейної взаємодії, зростання впевненості у власних можливостях та конструктивності поведінки у складних життєвих ситуаціях. Члени сімей повідомляли про покращення взаєморозуміння, зменшення конфліктності та посилення емоційної близькості у родинах після завершення програми. Практичні психологи відзначили підвищення мотивації учасників до реабілітації, активніше використання адаптивних копінг-стратегій та зниження проявів психоемоційної дезадаптації.

Отже, впровадження програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів продемонструвало високу ефективність та сприяло позитивним змінам у всіх основних сферах їхнього психологічного та соціального функціонування. Порівняльний аналіз показників до та після реалізації програми засвідчив статистично значуще підвищення рівня СПА, життєстійкості, задоволеності життям, суб'єктивного благополуччя, соціальної підтримки, сімейної адаптації, сімейної згуртованості та сімейної взаємодії. Було зафіксовано статистично значуще зниження рівня депресивних переживань, тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що свідчить про покращення емоційного стану учасників програми та підвищення їхньої здатності до конструктивного подолання наслідків бойової травматизації.

Одержані результати підтвердили, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є комплексним процесом, успішність якого визначається взаємодією особистісних, сімейних і соціальних ресурсів. Позитивні зміни у сфері сімейної взаємодії та СП забезпечили формування сприятливого середовища для психологічного відновлення та соціальної реінтеграції особистості після поранення.

Позитивна динаміка показників життєстійкості, самоприйняття, емоційного комфорту та суб'єктивного благополуччя свідчить про зміцнення внутрішніх адаптаційних ресурсів учасників програми. Важкопоранені комбатанти продемонстрували підвищення рівня впевненості у власних силах,

покращення ставлення до себе та свого майбутнього, зростання мотивації до активного життя й подальшої самореалізації.

Результати підтверджують ефективність розробленої програми соціально-психологічної адаптації ВК та засвідчують доцільність її використання у системі психологічного супроводу, реабілітації та соціальної реінтеграції військовослужбовців, які зазнали тяжких бойових поранень. Статистично значущі позитивні зміни за більшістю досліджуваних показників дають підстави вважати, що реалізація програми сприяє відновленню адаптаційного потенціалу особистості, покращенню психологічного благополуччя та підвищенню якості життя важкопоранених комбатантів.

5.3. Родина як соціально-психологічна система підтримки важкопораненого комбатанта

Результати апробації розробленої програми соціально-психологічної адаптації засвідчили важливість сімейного середовища у підтриманні позитивної динаміки адаптаційного процесу та закріпленні сформованих особистісних ресурсів. У зв’язку з цим окремої уваги потребує аналіз ролі родини як соціально-психологічної системи підтримки важкопораненого комбатанта. Сучасні соціогенні виклики змінили характер соціально-психологічних викликів, що постають перед важкопораненими комбатантами та їхнім найближчим оточенням. Після отримання тяжкого поранення потрібне довготривале фізичне, психологічне та соціальне відновлення, де родина перестає бути лише найближчим соціальним оточенням комбатанта, трансформуючись у центральне середовище його повсякденного життя, психологічної підтримки, медичного супроводу, соціальної інтеграції та відновлення особистісного функціонування.

Сучасні дослідження Ю. Акименко, Є. Потапчук, Т. Сили і Т. Яблонської переконливо засвідчують, що ефективність СПА важкопораненого комбатанта визначається здатністю родини адаптуватися до

нових життєвих обставин, перебудувати внутрішньосімейні взаємини, мобілізувати власні психологічні ресурси та забезпечити тривалу підтримку всіх членів сімейної системи [3; 4; 224; 343]. У сучасній психології родина розглядається як цілісна соціально-психологічна система, у межах якої зміни у функціонуванні одного її члена закономірно впливають на емоційний стан, поведінку та життєдіяльність інших членів сім'ї.

У науковій літературі І. Грицюк, Л. Слюсар та ін. вчених вона розглядається як мала соціальна група, заснована на шлюбних, родинних або інших близьких взаєминах, члени якої поєднані спільністю побуту, відповідальністю, взаємною підтримкою, емоційною близькістю та виконанням комплексу соціальних функцій [76; 255; 281]. Психологічний підхід дозволяє трактувати родину як відкриту динамічну систему, що характеризується взаємозалежністю її структурних елементів, спільними цінностями, правилами функціонування, рольовою організацією та здатністю до саморегуляції, де зміни життєвої ситуації одного члена родини викликають перебудову всієї сімейної системи, змінюючи характер міжособистісної взаємодії, емоційний клімат, розподіл відповідальності та механізми прийняття рішень [3; 224; 343].

Тяжке поранення, ампутація кінцівок, множинні ушкодження, набуття інвалідності або тривала потреба в сторонньому догляді є кризовими подіями, які одночасно змінюють фізичне, психологічне та соціальне функціонування всієї родини. На відміну від інших кризових життєвих ситуацій, наслідки бойової травми мають пролонгований характер і нерідко супроводжуються тривалим лікуванням, повторними оперативними втручаннями, протезуванням, реабілітацією, соціальними обмеженнями та необхідністю постійної психологічної підтримки. Родина бере на себе значну частину функцій, які традиційно виконувалися військовослужбовцем або окремими соціальними інститутами.

Згідно з аналізом наукових праць учених М. Маркової, Г. Росінського, І. Шинкаренко бойова травма впливає на кожного члена родини комбатанта. Зміна поведінки, емоційного стану, фізичних можливостей чи соціальної активності військовослужбовця змінює усталену систему сімейних взаємин,

зумовлюючи необхідність адаптації всіх членів сім'ї до нової життєвої реальності [169; 340]. За результатами досліджень Т. Яблонської та Т. Мельничук встановлено, що родини учасників бойових дій переживають ненормативні сімейні кризи, які охоплюють структурний, функціональний, емоційний та ціннісний рівні сімейної системи і потребують її повторної адаптації до нових умов існування [4; 343].

Отже, об'єктом психологічної допомоги в такій ситуації стає вже вся родина як єдина система взаємопов'язаних соціально-психологічних відносин.

Осмислення вищенаведених наукових підходів дозволяє дійти висновку, що в умовах тяжкого бойового поранення родина перестає виконувати винятково традиційні соціальні функції, характерні для мирного часу. Вона поступово трансформується у багаторівневу систему підтримки, яка забезпечує безперервність процесу соціально-психологічної адаптації комбатанта на всіх етапах його лікування, реабілітації та повернення до повсякденного життя. Трансформація супроводжується зміною внутрішньосімейних ролей, перерозподілом відповідальності, переглядом сімейних цінностей і формуванням нових моделей взаємодії між усіма членами родини. Значно глибших змін зазнає психологічна організація сімейної системи, тому що бойова травма порушує звичний баланс між її структурними компонентами. Якщо до поранення більшість сімейних ролей формувалася відповідно до усталених соціальних норм, то після вони набувають динамічного характеру, адаптуючись до нових потреб важкопораненого комбатанта. Кожен член родини проходить власний процес психологічної адаптації, що супроводжується переживанням невизначеності, тривоги, емоційного виснаження, зміною життєвих планів та прийняттям нової сімейної реальності.

Не можна проігнорувати і той факт, що ефективність адаптації родини визначається її внутрішнім адаптаційним потенціалом. У психологічній літературі він пов'язується з рівнем згуртованості сім'ї, особливостями внутрішньосімейної комунікації, взаємною довірою, здатністю до

конструктивного вирішення конфліктів, емоційною підтримкою, гнучкістю рольової структури та готовністю спільно долати кризові ситуації [255; 281]. За відсутності ресурсів навіть достатній рівень зовнішньої допомоги не завжди забезпечує успішне відновлення сімейного функціонування. Високий рівень сімейної згуртованості компенсує обмеженість матеріальних чи соціальних можливостей.

Таким чином, закономірно, що сучасні дослідження зосереджуються на вивченні психологічного стану комбатанта та функціонування родини як єдиної адаптаційної системи, що дозволяє розглядати сім'ю як активного суб'єкта, який впливає на психологічне відновлення, мотивацію до лікування, прийняття власного фізичного стану, відновлення соціальних контактів та повернення до активної життєдіяльності. Аналіз наукових джерел засвідчив, що більшість досліджень присвячена окремим аспектам функціонування родин військовослужбовців, зокрема психологічній підтримці, сімейному консультуванню, подоланню кризових станів і вторинній травматизації членів сім'ї. Однак недостатньо дослідженими залишаються зміни функціональної структури родини після тяжкого поранення, взаємозв'язок сімейних ресурсів з успішністю адаптації військовослужбовця та психологічні механізми впливу родинного середовища на перебіг реабілітаційного процесу.

Враховуючи викладене вище, постає необхідність уточнення змісту поняття родини у контексті дослідження. Традиційні соціологічні та психологічні визначення відображають її структурні характеристики, однак недостатньо враховують ті зміни, які відбуваються після тяжкого бойового поранення одного з її членів, що уможливлює інтерпретацію поняття родини важкопораненого комбатанта як особливої соціально-психологічної системи, що об'єднує близьких осіб спільною відповідальністю за фізичне, психологічне та соціальне відновлення військовослужбовця, забезпечує мобілізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів, координує процес його повсякденної підтримки й одночасно проходить власний шлях адаптації до нових умов функціонування.

Таке розуміння родини покладено в основу цього дослідження. У процесі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта

родина виконує комплекс взаємопов'язаних функцій, реалізація яких безпосередньо впливає на перебіг і результативність його відновлення. У зв'язку з цим важливим завданням подальшого теоретичного аналізу є обґрунтування функціональної структури родини як соціально-психологічного середовища адаптації, що дасть змогу визначити її роль і місце в моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Осмислення результатів наукових досліджень, присвячених психологічному супроводу ветеранів, сімейній психології, кризовій допомозі та реабілітації військовослужбовців [5; 104; 172; 203; 239], у поєднанні з досвідом дослідження соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, дозволило систематизувати основні функції родини як адаптаційного середовища (рис. 5.2).



Рис. 5.2. Функціональна модель родини як соціально-психологічного середовища адаптації важкопораненого комбатанта

Слід виокремити адаптаційну функцію, яка є системоутворювальною. Її реалізація охоплює підтримку військовослужбовця, адаптацію всіх членів родини до змінених умов життя, що забезпечує збереження цілісності сімейної системи. За емоційно-регулятивною функцією родина стає тим найближчим соціальним простором, у якому комбатант може відкрито переживати власні емоції, поступово долати страх, почуття провини, сорому, втрати автономності чи безпорадності. Вона має двосторонній характер, адже емоційної підтримки потребують і члени сім'ї, які переживають власну кризу, пов'язану з тяжким пораненням близької людини. Реабілітаційна функція є специфічною для родин важкопоранених комбатантів, де вони забезпечують безперервність реабілітаційного процесу після завершення стаціонарного лікування, що впливає на темпи фізичного та психологічного відновлення. У сучасних умовах мотиваційна функція визначає, що найближче соціальне оточення визначає рівень віри військовослужбовця у власні сили, його впевненість у майбутньому та прагнення відновити максимально можливий рівень особистісного функціонування. У соціально-інтегративній функції родина часто виступає посередником між військовослужбовцем і соціальним середовищем, допомагаючи йому поступово долати соціальну ізоляцію, відновлювати професійну активність та включатися у суспільне життя.

Ефективність виконання функцій залежить від загального рівня функціонування сімейної системи. Їх послаблення спричиняє порушення реалізації інших, що негативно позначається на темпах соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Таким чином, родина в умовах тяжкого бойового поранення виступає цілісною соціально-психологічною системою, яка забезпечує емоційну підтримку, організовує процес реабілітації, координує взаємодію із соціальним оточенням, підтримує мотивацію до відновлення та створює умови для поступового повернення комбатанта до повноцінного функціонування. Ефективність СПА доцільно – це результат взаємодії особистісних ресурсів

військовослужбовця та адаптаційного потенціалу його родини, які утворюють єдину систему чинників відновлення.

Постає закономірне питання: за рахунок яких психологічних механізмів родина забезпечує успішність соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта? Узагальнення сучасних наукових підходів свідчить, що вплив сімейного середовища формує особливий адаптаційний простір, у межах якого відбувається переосмислення військовослужбовцем власного життєвого досвіду, прийняття змін у фізичному стані, відновлення особистісної ідентичності та поступове повернення до виконання соціальних ролей [130; 299].

Принциповим для розуміння ролі родини у процесі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта є положення про те, що ефективність сімейної підтримки значною мірою визначається характером взаємодії між членами сім'ї. Позитивний психологічний клімат, відкритість комунікації, довіра, готовність до взаємної підтримки, конструктивне вирішення конфліктів і гнучкість сімейної рольової структури формують сукупний адаптаційний ресурс, який сприяє зниженню психоемоційного напруження та активізації внутрішніх можливостей особистості для подолання кризової ситуації [318]. Водночас тривалі конфлікти, емоційне відчуження, взаємні звинувачення, надмірна опіка або ігнорування потреб комбатанта поступово виснажують адаптаційний потенціал як самого важкопораненого, так і сімейної системи загалом. Особливістю сімейної адаптації після тяжкого бойового поранення є її взаємозалежний характер. Зміни психологічного стану одного члена сім'ї неминуче позначаються на функціонуванні інших. Так, емоційне виснаження одного з подружжя може ускладнювати надання психологічної підтримки важкопораненому комбатанту. Надмірна тривожність батьків може сприяти формуванню гіперопіки та обмежувати процес відновлення його автономності. Психологічні труднощі дітей, утім, можуть ставати додатковим джерелом емоційного навантаження для всієї сім'ї. Отже, сімейна адаптація після

тяжкого бойового поранення набуває системного характеру, оскільки процес відновлення кожного члена сім'ї відбувається у взаємозалежності з психологічним станом, поведінкою та адаптаційними можливостями інших її учасників. У такому контексті родина постає не лише джерелом соціальної підтримки важкопораненого комбатанта, а й самостійною системою взаємопов'язаних ресурсів і ризиків, які можуть як сприяти, так і ускладнювати його соціально-психологічну адаптацію.

Родина водночас виступає важливим джерелом підтримки та потенційним чинником дезадаптації. У наукових працях М. Маркової, Г. Росінського, І. Шинкаренко приділяється увага феномену вторинної травматизації членів сімей військовослужбовців, який може проявлятися підвищеною тривожністю, емоційним виснаженням, хронічною втомою, депресивними переживаннями, сімейними конфліктами та порушеннями міжособистісної взаємодії [169; 340]. Такі прояви не лише погіршують психологічне благополуччя членів родини, а й можуть знижувати її здатність виконувати підтримувальну функцію щодо важкопораненого комбатанта, створюючи додаткові передумови для ускладнення його соціально-психологічної адаптації. У зв'язку з цим психологічна допомога має бути спрямована не лише на подолання наслідків бойової травми комбатанта, а й на підтримання психологічного благополуччя всієї родини.

Адаптаційний потенціал відображає інтегральну здатність родини ефективно реагувати на кризову ситуацію, мобілізувати внутрішні ресурси, підтримувати психологічну стійкість своїх членів і забезпечувати безперервність процесу соціально-психологічного відновлення. Він є характеристикою сімейного середовища, що визначає успішність адаптації важкопораненого комбатанта. Формується під впливом сукупності взаємопов'язаних психологічних чинників. До них належать емоційна згуртованість сім'ї, рівень взаємної довіри, ефективність комунікації, гнучкість розподілу сімейних ролей, здатність до конструктивного подолання конфліктів, готовність до прийняття нових життєвих обставин і сформованість

спільної мотивації до участі у реабілітаційному процесі. Компоненти забезпечують збереження цілісності сімейної системи в умовах тривалого стресового навантаження.

Проведений аналіз наукової літератури засвідчив, що переважна більшість наявних досліджень зосереджена на окремих складових сімейного функціонування, тоді як питання їх комплексного впливу на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залишається недостатньо розробленим. Подальші положення ґрунтуються на узагальненні наукових підходів і результатах емпіричного дослідження, представленого у третьому розділі дисертації. Виявлені взаємозв'язки між рівнем соціально-психологічної адаптації, психологічною стійкістю, сприйняттям соціальної підтримки, сімейною згуртованістю та емоційним благополуччям підтвердили значущість родинного середовища та дали змогу уточнити його роль як одного з провідних чинників відновлення й соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Серед усіх членів родини подружжя найчастіше відіграє основну роль у процесі соціально-психологічної адаптації, що зумовлено високим рівнем емоційної близькості, повсякденною участю чоловіка або дружини у лікуванні, реабілітації, догляді та організації подальшого життя військовослужбовця. У більшості випадків воно першим стикається з наслідками тяжкого поранення та бере на себе відповідальність за координацію взаємодії між комбатантом, медичними працівниками, реабілітаційною командою, державними установами й іншими членами родини. Змінюється і характер подружніх взаємин. Якщо до поранення взаємодія між подружжям ґрунтувалася на відносно стабільному розподілі сімейних ролей, то після отримання тяжкої бойової травми вона потребує перебудови. Чоловік або дружина поєднують функції емоційного партнера, доглядальника, координатора реабілітаційного процесу, організатора побуту та основного комунікатора із соціальним середовищем.

Багатофункціональність збільшує психологічне навантаження на подружжя та потребує розвитку нових адаптаційних стратегій.

Дослідження Ю. Акименко, Є. Потапчук, Т. Сили, М. Маркової та ін. науковців свідчать, що успішність адаптації військовослужбовця залежить від характеру подружньої взаємодії, рівня взаємної довіри, емоційної підтримки, відкритості спілкування та готовності до спільного подолання кризових ситуацій [3; 169; 224].

Проте недостатня психологічна готовність одного з партнерів до нових життєвих умов може стати чинником посилення сімейної напруги, емоційного відчуження та ускладнення процесу відновлення комбатанта. Тяжке бойове поранення змінює роль військовослужбовця, особистісне функціонування його чоловіка або дружини. Постійне перебування в ситуації невизначеності, тривалий догляд, необхідність прийняття складних рішень, переживання за стан здоров'я близької людини, зміна матеріального становища родини та порушення звичного способу життя призводять до накопичення психоемоційного виснаження, формування хронічного стресу та розвитку явищ вторинної травматизації. Психологічної підтримки потребує комбатант та його найближчий партнер.

У сучасних умовах подружжя доцільно розглядати як одне з основних джерел соціально-психологічної підтримки та реабілітаційного партнерства важкопораненого комбатанта, що передбачає активну участь чоловіка або дружини у різних етапах його відновлення. Поняття «реабілітаційне партнерство подружжя» відображає сучасний зміст подружніх взаємин у сім'ях важкопоранених військовослужбовців і може бути використане як концептуальна основа для вдосконалення практики психологічного супроводу цієї категорії осіб.

Такий підхід дає змогу розглядати подружні взаємини як динамічний ресурс адаптації, зміст і форми реалізації якого змінюються відповідно до етапів лікування, реабілітації та соціально-психологічного відновлення важкопораненого комбатанта. На початковому етапі провідного значення

набувають емоційна підтримка, забезпечення відчуття безпеки та участь в організації медичного супроводу. У процесі подальшого відновлення акцент поступово зміщується на підтримку самостійності комбатанта, відновлення його соціальної активності, розвиток здатності до самостійного прийняття рішень та поступове повернення до виконання сімейних і суспільних ролей. Отже, роль подружжя має трансформуватися відповідно до актуальних потреб комбатанта, етапу його відновлення та ресурсних можливостей сім'ї. Водночас важливою проблемою реабілітаційного партнерства є збереження оптимального балансу між допомогою та підтриманням автономності важкопораненого комбатанта. Прагнення максимально полегшити його повсякденне життя за відсутності врахування потреби у відновленні самостійності може призводити до надмірної опіки, зниження мотивації до активного відновлення та формування залежної позиції. Водночас недостатня емоційна підтримка, дистанціювання або ігнорування потреб комбатанта можуть посилювати почуття ізольованості, втрати значущості та сприяти поглибленню дезадаптивних проявів.

Тому основним завданням реабілітаційного партнерства подружжя є забезпечення такого співвідношення турботи, емоційної підтримки та стимулювання особистої активності комбатанта, за якого допомога не обмежує його автономності, а, навпаки, сприяє поступовому відновленню самостійності, суб'єктності та здатності виконувати значущі соціальні ролі. У цьому контексті ефективність подружньої підтримки визначається не обсягом допомоги як такої, а її відповідністю актуальним потребам комбатанта та спрямованістю на поступове відновлення його адаптаційного потенціалу.

Після тяжкого поранення існує ризик того, що подружнє спілкування поступово зводиться лише до питань лікування, догляду та вирішення побутових проблем. У такій ситуації чоловік і дружина починають сприймати один одного крізь призму нових обов'язків, а емоційна близькість, взаємна підтримка, спільне дозвілля та сімейні традиції відходять на другий план, що

негативно впливає на психологічний стан партнерів й ефективність адаптації військовослужбовця.

Психологічний супровід подружжя має бути спрямований на формування навичок догляду чи подолання кризових переживань і збереження сімейної ідентичності. Він дозволяє чоловікові та дружині залишатися рівноправними партнерами, незважаючи на зміну фізичних можливостей одного з них. Збереження партнерської моделі взаємин створює підґрунтя для відновлення відчуття власної цінності, взаємної довіри та життєвої перспективи.

Проведене емпіричне дослідження підтвердило значущість подружньої підтримки як важливого чинника соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Установлено, що респонденти, які характеризували сімейні взаємини як згуртовані, демонстрували вищі показники соціально-психологічної адаптації, психологічної стійкості та задоволеності життям, а також нижчий рівень емоційного дискомфорту. Натомість дефіцит взаємної підтримки та порушення подружньої взаємодії супроводжувалися зниженням адаптаційних можливостей і погіршенням психологічного благополуччя, що детально обґрунтовано у третьому розділі дисертації.

Одержані результати дають підстави розглядати подружжя не лише як найближче соціальне оточення важкопораненого комбатанта, а і як важливий психологічний ресурс його відновлення та соціально-психологічної адаптації. У зв’язку з цим під час планування заходів соціально-психологічного супроводу чоловік або дружина мають розглядатися як активні учасники реабілітаційного процесу. Психологічна допомога при цьому має бути спрямована не лише на індивідуальну підтримку комбатанта, а й на подружню пару як цілісну систему взаємодії, у межах якої психологічний стан, поведінка та адаптаційні ресурси кожного з партнерів взаємопов’язані.

Аналіз сучасних досліджень Р. П’ясти, Г. Циганенко та ін. учених свідчить, що характер і міра участі подружжя у процесі соціально-

психологічної адаптації важкопораненого комбатанта залежать від сукупності об'єктивних і суб'єктивних чинників. До них належать тяжкість отриманого поранення, тривалість лікування та реабілітації, наявність інвалідності, психологічний стан військовослужбовця, матеріальне становище сім'ї, вік подружжя, наявність дітей, попередній досвід подолання кризових ситуацій та рівень доступної соціальної підтримки [4; 330]. Сукупний вплив зазначених чинників визначає рівень навантаження на чоловіка або дружину, можливості сім'ї мобілізувати власні ресурси та її здатність зберігати психологічну стійкість упродовж тривалого періоду лікування, реабілітації та соціально-психологічного відновлення комбатанта.

У більшості українських сімей дружина частіше бере на себе догляд за важкопораненим військовослужбовцем, організацію медичного супроводу, взаємодію із закладами охорони здоров'я, вирішення соціально-побутових питань та емоційну підтримку всіх членів родини. У випадках, коли поранення отримала жінка-військовослужбовець, аналогічні функції виконує чоловік. Незалежно від статі, партнер стикається з необхідністю швидко опановувати нові обов'язки, до яких більшість родин не була підготовлена. Досвід повномасштабного вторгнення рф в Україну демонструє поступову зміну традиційних моделей сімейної взаємодії. Спостерігається рівномірний розподіл відповідальності між членами родини, залучення до процесу догляду інших близьких родичів, використання можливостей міждисциплінарної реабілітаційної команди та соціальних служб, що сприяє зменшенню психологічного навантаження на одного з партнерів і створює сприятливі умови для відновлення сімейного функціонування.

Ефективність подружньої взаємодії визначається якістю партнерської співпраці. Основним критерієм успішної адаптації родини слід вважати здатність подружжя спільно приймати рішення, відкрито обговорювати труднощі, узгоджувати очікування та підтримувати баланс між потребами військовослужбовця, інших членів сім'ї та власними психологічними ресурсами. Партнерство перетворюється на чинник розвитку.

Положення, наведені вище, знайшли підтвердження і в результатах проведеного дослідження. Аналіз емпіричних даних засвідчив, що високий рівень сприйняття соціальної підтримки з боку сім'ї поєднувався з вищими показниками СПА, емоційного комфорту та життєстійкості важкопоранених комбатантів. Недостатня сімейна підтримка частіше супроводжувалася проявами емоційного дискомфорту, труднощами прийняття власного стану та нижчою задоволеністю життям. Одержані результати узгоджуються з висновками кореляційного та факторного аналізу, наведеними у третьому розділі дисертації, та підтверджують визначальну роль подружньої взаємодії у структурі адаптаційних ресурсів особистості.

Отже, подружжя є центральною ланкою сімейної системи, яка забезпечує інтеграцію психологічних, соціальних та реабілітаційних ресурсів, необхідних для успішного відновлення важкопораненого комбатанта. Від рівня згуртованості подружньої пари, ефективності їхньої комунікації, готовності до взаємної підтримки та спільного вирішення проблем залежить перебіг соціально-психологічної адаптації військовослужбовця та стабільність функціонування всієї родини.

Суб'єктом соціально-психологічної адаптації ВК є його діти. Їхня участь має свої особливості, які визначаються віком, рівнем психоемоційного розвитку, характером взаємин із батьком чи матір'ю, здатністю усвідомлювати наслідки бойового поранення.

У сучасних дослідженнях Ю. Акименко, Т. Сили та Т. Яблонської діти військовослужбовців розглядаються як категорія, яка потребує психологічної підтримки у зв'язку з переживанням бойової травми одного з батьків [3; 4; 255; 343]. Такий підхід є обґрунтованим, однак недостатньо розкриває роль дітей у процесі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. Діти є не лише отримувачами психологічної допомоги, а й активними учасниками сімейної взаємодії, характер якої може впливати на адаптаційний потенціал усієї родини. Залежно від особливостей переживання кризової ситуації, емоційного стану та характеру взаємодії з батьками вони можуть як

підтримувати процес сімейної адаптації, так і створювати додаткове психологічне навантаження, що ускладнює його перебіг. З огляду на це вплив дітей на процес соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта доцільно розглядати з урахуванням їхніх вікових та психологічних особливостей, оскільки саме вони значною мірою визначають характер взаємодії з комбатантом, рівень усвідомлення змін у сімейному житті, способи реагування на його фізичний і психологічний стан та можливості безпосередньої участі у процесі його відновлення. Відповідно, вікові особливості дітей є одним із чинників, які необхідно враховувати під час організації сімейно-орієнтованого психологічного супроводу важкопоранених комбатантів.

Діти дошкільного віку переважно не здатні повністю усвідомити причини фізичних або психологічних змін у стані батька чи матері. Їхні реакції найчастіше проявляються у вигляді підвищеної тривожності, страху розлуки, змін поведінки або емоційної нестабільності. Вони стають джерелом позитивних емоцій для військовослужбовця, сприяючи відновленню відчуття батьківської ролі, що позитивно позначається на його психологічному стані. У молодшому шкільному віці діти вже здатні частково усвідомлювати наслідки тяжкого поранення, однак ще потребують постійних пояснень і психологічної підтримки з боку дорослих. Для них характерним є прагнення допомагати батькам, однак через недостатній життєвий досвід воно має переважно емоційний характер. У цей період потрібно сприяти збереженню звичних сімейних традицій, підтриманню відкритого спілкування та уникненню ізоляції дитини від сімейних подій.

Складним є підлітковий вік, тому що він поєднується з кризою особистісного становлення. Повернення важкопораненого комбатанта до родини може супроводжуватися зміною авторитетів, переглядом сімейних ролей, посиленням емоційної напруги або виникненням конфліктів. Підлітки здатні брати активну участь у підтримці батька чи матері, поступово усвідомлюючи значення взаємної відповідальності та сімейної згуртованості.

Дорослі діти стають повноправними учасниками реабілітаційного процесу. Вони можуть брати участь в організації лікування, допомагати у вирішенні соціально-побутових питань, підтримувати взаємодію із закладами охорони здоров'я та соціального захисту, надавати психологічну підтримку ВК й іншому з батьків. Адаптаційний потенціал родини зростає за рахунок рівномірного розподілу відповідальності між її членами.

Характер переживання бойової травми одного з батьків визначається гендерними відмінностями дитини. Дослідження дитячої та сімейної психології свідчать, що хлопчики частіше демонструють зовнішні поведінкові реакції на стрес, які можуть проявлятися підвищеною дратівливістю, агресивністю, замкненістю або прагненням приховувати власні переживання. Дівчатка частіше схильні до внутрішнього переживання ситуації, підвищеної тривожності, емоційної чутливості, прагнення піклуватися про інших членів родини та брати участь у підтримці пораненого батька чи матері [318]. Гендерні відмінності не мають абсолютного характеру. Вони залежать від індивідуальних особливостей дитини, сімейного виховання та психологічного клімату родини.

Стать дитини не є самостійним критерієм аналізу її ролі у процесі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. Відповідно до віку, рівня психологічної зрілості та особливостей сімейної взаємодії вони по-різному впливають на відновлення ВК, формуючи додаткові ресурси або, навпаки, створюючи нові психологічні виклики для всієї родини, що зумовлює необхідність урахування вікових та індивідуально-психологічних особливостей дітей під час організації сімейно орієнтованого психологічного супроводу.

Незважаючи на те, що у більшості випадків дорослий військовослужбовець уже має власну сім'ю, батьки залишаються найближчим джерелом емоційної підтримки та ресурсом у процесі лікування, реабілітації й соціально-психологічної адаптації. Їхня участь може проявлятися у матеріальній допомозі, догляді, вирішенні побутових питань, підтримці інших

членів родини, у збереженні відчуття родинної єдності в умовах тривалої кризи. Переживання тяжкого бойового поранення дитини є психотравмувальною подією у житті батьків. На відміну від військовослужбовця, який проходить шлях лікування та поступово адаптується до нових умов життя, батько та мати переживають кризову ситуацію через почуття безсилля, неможливість вплинути на перебіг подій, постійну тривогу за майбутнє та усвідомлення незворотності змін, що сталися. Можуть зберігатися протягом тривалого часу навіть після завершення активного лікування.

Для батьків характерним є прагнення максимально захистити сина чи доньку від будь-яких труднощів, компенсувати втрати, пов’язані з пораненням, або повернути звичний спосіб життя. Однак надмірна опіка обмежує самостійність важкопораненого комбатанта, ускладнює формування нових адаптаційних навичок і створює передумови для збереження залежної позиції. Повне дистанціювання або емоційне виснаження батьків негативно позначаються на психологічному кліматі родини.

Роль батьків доцільно розглядати крізь призму міжпоколінної взаємодії, тому що тяжке бойове поранення змінює звичний баланс сімейних ролей. Мати та батько змушені знову виконувати функції, характерні для ранніх етапів розвитку дитини, коли дорослий син або донька прагнуть зберегти автономність і право самостійно приймати рішення. Суперечність стає джерелом внутрішньосімейної напруги та потребує психологічного супроводу.

Варто виділити сім’ї, у яких батьки є людьми похилого віку або самі мають хронічні захворювання. Вони одночасно переживають власні вікові труднощі та необхідність підтримувати важкопораненого комбатанта, що зменшує їхні психологічні й фізичні ресурси й обумовлює потребу в комплексній підтримці військовослужбовця, старшого покоління родини, яке часто залишається поза увагою фахівців.

Ефективний психологічний супровід має бути спрямований на формування конструктивної моделі взаємодії між батьками та важкопораненим комбатантом. Її основу становлять повага до особистісної автономії ВК, підтримка його самостійності, відкритий діалог щодо реальних можливостей відновлення та узгодження очікувань усіх членів родини. Батьківська підтримка перетворюється на ресурс соціально-психологічної адаптації.

У процесі СПА важкопораненого комбатанта важливу роль відіграють і брати, сестри, дідусі, бабусі та близькі родичі. Ступінь їхньої участі визначається особливостями сімейної структури, характером родинних взаємин, територіальною близькістю, готовністю брати участь у підтримці військовослужбовця та його найближчого оточення. Її значення полягає у розширенні ресурсів сімейної підтримки. Зазвичай участь не пов’язана з постійним доглядом за важкопораненим комбатантом. Близькі родичі можуть допомагати у вирішенні побутових, матеріальних та організаційних питань, догляді за дітьми, супроводі під час лікування, оформленні необхідних документів, взаємодії з державними установами та створенні умов для зменшення навантаження на подружжя або батьків військовослужбовця.

Взаємини з братами та сестрами характеризуються високим рівнем довіри та меншою формалізованістю порівняно з міжпоколінною взаємодією. Вони можуть стати партнерами у відновленні соціальної активності комбатанта, сприяти його поступовому поверненню до звичного кола спілкування, підтримувати участь у сімейному та громадському житті, мотивувати до фізичної активності й реалізації нових життєвих планів. Проте участь родини не завжди має позитивний характер. Нескоординовані дії родичів, нав’язування власних поглядів щодо лікування чи реабілітації, надмірне втручання у сімейне життя або самоусунення від підтримки можуть стати джерелом додаткових конфліктів і психологічного напруження. Подібні ситуації виникають за відсутності чіткого розподілу відповідальності між членами родини та відкритого обговорення актуальних потреб ВК.

Ефективність участі родини визначається рівнем узгодженості їхніх дій. Конструктивною є така модель взаємодії, за якої вони виконують посильні функції, не дублюючи обов'язків інших та не порушуючи автономії військовослужбовця і його найближчої сім'ї. Формується єдиний підтримувальний простір, який сприяє стабілізації психологічного стану всіх членів родини та підвищує ефективність адаптаційного процесу.

Важливо враховувати, що після початку воєнного стану сімейні мережі підтримки трансформувалися. Частина родичів була вимушена змінити місце проживання, виїхати за кордон або сама переживає наслідки бойових дій, що обмежує можливості допомоги. Сучасні засоби комунікації дозволяють підтримувати регулярний емоційний контакт незалежно від місця перебування. Дистанційна участь членів родини стає джерелом психологічної підтримки для важкопораненого комбатанта та його сім'ї.

Отже, родина є компонентом системи соціально-психологічної підтримки ВК. Її адаптаційний потенціал реалізується за умови узгодженої взаємодії між усіма членами сім'ї, поваги до автономії військовослужбовця та розподілу відповідальності відповідно до можливостей кожного, що дозволяє зменшити психологічне навантаження на найближчих членів родини та створити сприятливі умови для довготривалого відновлення.

Проведений аналіз свідчить, що ефективність соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта визначається особливостями функціонування сім'ї як цілісної соціально-психологічної системи. Кожен член родини виконує власні функції, однак результативність їх реалізації залежить від рівня узгодженості сімейної взаємодії, гнучкості розподілу ролей, якості внутрішньосімейної комунікації та здатності родини адаптуватися до нових життєвих обставин. На відміну від традиційних підходів, у яких члени сім'ї переважно розглядаються як окремі суб'єкти підтримки військовослужбовця, доцільно аналізувати родину як систему взаємозалежних відносин, у межах якої зміни психологічного стану одного з її членів впливають на функціонування інших. Тяжке бойове поранення стає

кризовою подією для всієї родини, що потребує перегляду усталених моделей взаємодії, сімейних ролей, відповідальності та способів спільного подолання труднощів.

Одержані результати у процесі емпіричного дослідження підтверджують системний характер сімейного впливу на адаптаційний процес. Установлено, що вищий рівень сімейної згуртованості, емоційної підтримки та задоволеності сімейними взаєминами супроводжується високими показниками СПА, життєстійкості та психологічного благополуччя важкопоранених комбатантів. Недостатня узгодженість сімейної взаємодії, дефіцит підтримки та порушення комунікації асоціюються зі зростанням емоційного дискомфорту, тривожності, депресивних проявів і труднощами соціальної інтеграції, що знайшло відображення у результатах кореляційного та факторного аналізу, наведених у третьому розділі дисертації. Результати дослідження засвідчили, що навіть за наявності медичних та соціальних ресурсів ефективність адаптації може залишатися недостатньою, якщо родина не здатна перебудувати власне функціонування відповідно до нових умов життя, що свідчить про те, що вирішальне значення має здатність сімейної системи інтегрувати зовнішні ресурси у повсякденне життя, підтримувати конструктивну взаємодію між її членами та забезпечувати психологічну безпеку всіх учасників реабілітаційного процесу.

Адаптаційний потенціал родини доцільно розглядати як інтегральну характеристику її здатності забезпечувати відновлення психологічного благополуччя, підтримувати функціонування сімейної системи та сприяти соціальному поверненню важкопораненого комбатанта. Потенціал формується під впливом емоційної згуртованості, взаємної довіри, ефективної комунікації, гнучкого розподілу ролей, спільного прийняття рішень, готовності до взаємної підтримки та відкритості до використання професійної допомоги.

З огляду на це, психологічний супровід важкопоранених комбатантів має бути орієнтований на всю сімейну систему. Залучення членів родини до

реабілітаційного процесу, розвиток навичок конструктивної взаємодії, попередження емоційного виснаження, підтримка сімейної згуртованості та формування спільних адаптаційних стратегій є умовами підвищення ефективності соціально-психологічної адаптації.

Практичним наслідком системного розуміння родини є необхідність переорієнтації психологічного супроводу з індивідуальної моделі допомоги на сімейно орієнтований підхід. Результати проведеного емпіричного аналізу свідчать, що ефективність супроводу залежить від готовності родини підтримувати зміни, які відбуваються у процесі реабілітації. Члени сім'ї повинні забезпечувати безперервність психологічної підтримки після завершення стаціонарного лікування, створити умови для закріплення адаптивних моделей поведінки у повсякденному житті, сприяти відновленню соціальної активності військовослужбовця та підтримувати його мотивацію до подальшого фізичного і психологічного відновлення. Сімейно орієнтований підхід не передбачає перекладання відповідальності за результати реабілітації на родину. Його основна мета полягає у розвитку адаптаційного потенціалу всіх членів сім'ї, формуванні навичок конструктивної взаємодії та своєчасному виявленні чинників, які можуть ускладнювати процес соціально-психологічної адаптації. Психологічна допомога набуває комплексного характеру й охоплює індивідуальні переживання комбатанта та систему його найближчих соціальних зв'язків.

На етапі госпітального лікування доцільно проводити психологічне консультування членів сім'ї, інформувати їх про можливі психологічні наслідки тяжкого бойового поранення, особливості адаптаційного періоду, типові труднощі сімейної взаємодії та шляхи їх конструктивного подолання, що сприяє формуванню реалістичних очікувань щодо процесу відновлення та зменшує ризик виникнення внутрішньосімейних конфліктів у майбутньому. Потрібен психологічний супровід родини після завершення інтенсивного лікування, коли сім'я стикається з необхідністю адаптувати повсякденне життя до нових умов. Практика свідчить, що труднощі виникають через зміни

сімейних ролей, перерозподіл відповідальності, необхідність прийняття нових життєвих рішень та переосмислення перспектив майбутнього. Тому психологічна допомога повинна супроводжувати родину протягом усього адаптаційного періоду.

Системний аналіз ролі родини свідчить, що ефективна СПА важкопоранених комбатантів є результатом взаємодії особистісних ресурсів військовослужбовця, професійного реабілітаційного супроводу та адаптаційного потенціалу сімейної системи. Інтеграція компонентів створює передумови для відновлення психологічного благополуччя, збереження сімейної цілісності й успішної соціальної реінтеграції комбатанта.

Узагальнення сучасних наукових підходів дає підстави запропонувати типологію родин важкопоранених комбатантів, основу якої становить рівень їхнього адаптаційного потенціалу (табл. 5.7) [3; 4; 224; 227; 343].

Таблиця 5.7

Типологія родин важкопоранених комбатантів за рівнем адаптаційного потенціалу

Тип	**Основні характеристики**	**Вплив на соціально-психологічну адаптацію комбатанта**	**Основні напрями психологічної допомоги**
Ресурсна	Висока згуртованість, довіра, відкрита комунікація, гнучкий розподіл ролей, взаємна підтримка, готовність звертатися за професійною допомогою	Сприяє швидшому психологічному відновленню, підвищує життєстійкість, підтримує мотивацію до реабілітації, полегшує соціальну реінтеграцію	Підтримка наявних ресурсів, профілактика емоційного виснаження, розвиток довгострокових адаптаційних стратегій

Продовження табл. 5.7

Тип	**Основні характеристики**	**Вплив на соціально-психологічну адаптацію комбатанта**	**Основні напрями психологічної допомоги**
Компенсаторна	Наявні окремі труднощі у взаємодії, однак родина здатна мобілізувати внутрішні ресурси, конструктивно вирішувати конфлікти й адаптуватися до змін	Забезпечує успішну адаптацію, хоча окремі кризові періоди можуть супроводжуватися емоційною нестабільністю	Психологічне консультування, розвиток комунікативних навичок, посилення сімейної згуртованості
Вразлива	Нестійка підтримка, порушення комунікації, високий рівень тривоги, труднощі розподілу сімейних ролей, емоційне виснаження окремих членів родини	Ускладнює процес адаптації, підвищує ризик депресивних проявів, конфліктів, соціальної ізоляції та зниження мотивації до відновлення	Комплексний сімейний психологічний супровід, навчання ефективній взаємодії, залучення соціальних ресурсів
Тип родини	Основні характеристики	Вплив на соціально-психологічну адаптацію комбатанта	Основні напрями психологічної допомоги
Дезадаптивна	Хронічні конфлікти, низька згуртованість, взаємне відчуження, відсутність спільної відповідальності, небажання приймати допомогу	Гальмує соціально-психологічну адаптацію, сприяє посиленню психологічної дезадаптації, формуванню залежної або ізольованої поведінки	Тривала сімейна психотерапія, кризове консультування, міждисциплінарний супровід, активне залучення соціальних служб

Запропонована типологія не передбачає жорсткого поділу родин на ізольовані категорії. Адаптаційний потенціал є динамічною характеристикою, яка змінюється залежно від етапу лікування та реабілітації, психологічного стану важкопораненого комбатанта, внутрішньосімейної взаємодії, соціальної

підтримки й ефективності професійного супроводу. Одна й та сама родина може демонструвати ознаки різних типів на різних етапах адаптаційного процесу, поступово переходячи від вразливого до компенсаторного або ресурсного рівня функціонування.

Практична цінність типології полягає у можливості її використання як інструменту психологічної діагностики та планування індивідуалізованих заходів сімейно орієнтованого супроводу. Визначення рівня адаптаційного потенціалу родини дозволяє своєчасно виявити її сильні сторони та проблемні зони, прогнозувати можливі труднощі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта, обирати ефективні форми психологічної допомоги для кожної конкретної сім'ї.

Отже, родина є основним чинником соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. В сімейному середовищі відбувається відновлення повсякденного функціонування, формуються нові моделі взаємодії, підтримується мотивація до реабілітації та забезпечується емоційна стабільність особистості. Вплив родини реалізується через систему міжособистісних взаємин, рівень згуртованості, особливості комунікації, гнучкість сімейних ролей і здатність до спільного подолання кризових ситуацій.

5.4. Особливості взаємодії опікуна з важкопораненим комбатантом та принципи сімейно орієнтованої підтримки

Опікун є активним суб'єктом реабілітаційного процесу, від поведінки якого залежить ефективність відновлення важкопораненого комбатанта. Необхідність вивчення його поведінки обумовлена тим, що після отримання тяжкого поранення військовослужбовець тривалий час перебуває у стані фізичної, психологічної та соціальної залежності від найближчого оточення. У цей період опікун забезпечує виконання численних побутових або медичних функцій, виступає основним джерелом емоційної підтримки, психологічної

безпеки, мотивації до лікування та поступового повернення до активного життя. Змінюється розуміння його ролі: від особи, яка здійснює догляд, до повноправного учасника процесу соціально-психологічної адаптації комбатанта.

У психологічній літературі відсутнє єдине трактування поняття «поведінка опікуна». Більшість дослідників аналізують окремі аспекти сімейної взаємодії, психологічної підтримки чи догляду за військовослужбовцями, однак ПО як самостійний предмет наукового аналізу залишається недостатньо розробленою, що зумовлює необхідність її теоретичного осмислення в психологічній реабілітації важкопоранених комбатантів.

Наукові підходи до розуміння психологічної допомоги сім'ям військовослужбовців ґрунтуються на системному баченні родини як цілісного психологічного утворення, у якому зміни одного її члена трансформують поведінку інших. Психологічний супровід має бути спрямований на осіб, які здійснюють повсякденний догляд ВК. На цьому акцентують увагу Є. Лісений та А. Лісеная, наголошуючи, що ефективність психологічної допомоги визначається комплексністю роботи з усією родинною системою, індивідуалізацією підтримки, психоедукацією членів сім'ї, розвитком навичок конструктивної комунікації та формуванням ресурсів психологічної стійкості [160, с. 136]. Подібної позиції дотримуються Л. Гридковець, О. Запорожець, Дж. Креймеєр і Т. Палієнко, які підкреслюють, що терапевтичний вплив, спрямований винятково на військовослужбовця, без урахування особливостей функціонування родини не забезпечує повноцінного відновлення, тому що сімейна система визначає характер подальшої адаптації після повернення з війни [196, с. 80].

Враховуючи викладене, видається закономірним розглядати поведінку опікуна як інтегративний психологічний феномен, що охоплює систему емоційних, когнітивних, комунікативних та поведінкових реакцій, спрямованих на підтримку фізичного, психічного й соціального відновлення

важкопораненого комбатанта. Трактування поняття дозволяє розширити традиційне уявлення про опікунство, розглядаючи його як безперервний процес міжособистісної взаємодії, що розгортається в умовах тривалої кризової ситуації.

Принциповим є положення про те, що ПО визначається психологічними ресурсами особистості, попереднім сімейним досвідом, характером взаємин до поранення, рівнем СП та здатністю опікуна адаптуватися до нових життєвих обставин. Однакові за тяжкістю поранення клінічні випадки можуть супроводжуватися різними сценаріями сімейної взаємодії, що відображається на темпах реабілітації, емоційному стані комбатанта та якості його соціального функціонування.

Поведінка опікуна не може бути зведена винятково до виконання доглядових чи побутових функцій, оскільки її психологічний зміст є значно ширшим. Характер взаємодії між опікуном і важкопораненим комбатантом впливає на особливості переживання травматичного досвіду, формування мотивації до відновлення, рівень психологічної безпеки та здатність військовослужбовця поступово відновлювати власну автономність. Відповідно, поведінку опікуна доцільно розглядати як сукупність взаємопов’язаних психологічних функцій, реалізація яких має самостійне значення у процесі соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Провідною серед них є емоційно-підтримувальна функція, яка полягає у створенні атмосфери психологічної безпеки, прийняття та емоційної стабільності. Після тяжкого поранення військовослужбовець може переживати втрату звичного способу життя, трансформацію професійної ідентичності, обмеження фізичних можливостей, зміну соціального статусу та невизначеність щодо власного майбутнього. У таких умовах поведінка найближчої людини стає важливим чинником, який може або сприяти поступовому прийняттю нової життєвої ситуації, або, навпаки, посилювати переживання безпорадності, провини та соціальної ізоляції. На думку

Д. Бріера та К. Скотта, ефективна взаємодія з людиною, яка пережила психотравмувальну подію, має ґрунтуватися на принципах психологічної безпеки, передбачуваності, емпатійного ставлення та поступового відновлення відчуття контролю над власним життям [42]. У зв'язку з цим одним із основних завдань опікуна є створення умов, за яких ВК може відкрито висловлювати власні емоції та переживання, не побоюючись осуду, знецінення чи нерозуміння.

Комунікативна функція охоплює повсякденне спілкування між військовослужбовцем та особою, яка здійснює догляд, і поступово може перетворюватися на один із основних механізмів підтримання його психологічного контакту із зовнішнім світом. У процесі щоденної взаємодії формуються нові моделі сімейного спілкування, відновлюється довіра, обговорюються труднощі лікування та реабілітації, перспективи подальшого працевлаштування, трансформації сімейних ролей і побудови подальшого життя.

За висновками О. Буковської, членам родини доцільно створювати умови для відкритого діалогу, уважно вислуховувати військовослужбовця, не спонукаючи його до розповіді про бойовий досвід, не оцінюючи його дій і не використовуючи шаблонних висловлювань, які можуть знецінювати пережитий досвід. Такий характер комунікації сприяє підтриманню довірливих взаємин, забезпеченню психологічної безпеки та запобіганню додатковій психологічній травматизації [44, с. 31].

Важливе значення має також мотиваційно-активізувальна функція поведінки опікуна, спрямована на підтримання внутрішньої готовності важкопораненого комбатанта до лікування, реабілітації та подальшого соціального відновлення. Після тяжкого поранення у військовослужбовців можуть спостерігатися зниження мотивації, втрата життєвих перспектив, відчуття безпорадності та небажання активно долучатися до реабілітаційного процесу. За таких умов підтримка близької людини має сприяти поступовому відновленню віри комбатанта у власні можливості, формуванню готовності до

подолання труднощів та збереженню орієнтації на майбутнє. Водночас така підтримка не повинна призводити до формування залежності чи посилення гіперопіки. Аналізуючи механізми особистісних змін після кризових життєвих подій, Б. Вест наголошує, що довготривале відновлення пов'язане з поступовим поверненням людині суб'єктної позиції, за якої підтримка поєднується з відповідальністю за власні рішення, а допомога не підміняє особисту активність [41]. У цьому контексті важливою умовою ефективної підтримки є поступове передавання важкопораненому комбатанту контролю над тими сферами життєдіяльності, які він уже здатний здійснювати самостійно. Надмірна опіка може обмежувати розвиток автономності, знижувати самоефективність і послаблювати мотивацію до відновлення, тоді як повна відсутність підтримки створює ризик посилення безпорадності та соціальної ізоляції.

Потрібно враховувати, що ефективна поведінка опікуна передбачає дотримання балансу між допомогою та збереженням максимально можливої самостійності важкопораненого комбатанта. Надмірний контроль, прагнення виконувати за нього навіть ті дії, які він здатний здійснювати самостійно, поступово формують психологічну залежність, знижують самооцінку та обмежують процес відновлення автономності. Підтримка самостійності, заохочення до прийняття власних рішень, участі у сімейному житті, плануванні майбутнього та виконанні посильних соціальних ролей сприяють формуванню відчуття особистісної компетентності й поступовому поверненню контролю над власним життям.

Важливе місце у структурі поведінки опікуна займає реабілітаційна функція, яка полягає у забезпеченні безперервності відновлювального процесу поза межами лікувального закладу. Після завершення гострого етапу лікування сімейне середовище стає основним простором, у якому продовжується фізична, психологічна та соціальна реабілітація ВК. Опікун виступає координатором повсякденного відновлення, сприяючи виконанню медичних рекомендацій, підтримуючи мотивацію до фізичної активності,

контролюючи дотримання режиму лікування, організовуючи взаємодію з лікарями, психологами, фізичними терапевтами, соціальними працівниками й іншими фахівцями мультидисциплінарної команди.

Концептуальні засади сучасної психологічної реабілітації, представлені у працях М. Галича, В. Лисенка, Л. Марцевої, О. Фільца та ін. учених, свідчать, що ефективними є комплексні моделі допомоги, які поєднують медичний, психологічний, соціальний та сімейно орієнтований компоненти. Участь найближчого оточення є чинником успішної реінтеграції комбатанта в суспільство [63; 159; 170; 195]. Подібний підхід підтримують автори сучасних досліджень психологічної допомоги сім'ям військовослужбовців, зокрема Н. Дідик, М. Замелюк, Л. Магдисюк, Н. Ольхова та Н. Пророк, які наголошують, що психологічний супровід має охоплювати не лише військовослужбовця, а й осіб, які здійснюють його догляд та забезпечують повсякденну підтримку.

Поведінка опікуна виконує регулятивну функцію, спрямовану на підтримання психологічної рівноваги у сімейній системі. Після тяжкого поранення відбувається перебудова звичного способу життя родини:

− змінюється розподіл сімейних ролей;

− збільшується фізичне й емоційне навантаження;

− виникає необхідність прийняття складних рішень щодо лікування, фінансового забезпечення, професійної діяльності та організації побуту.

Поведінка опікуна значною мірою визначає емоційний клімат родини, характер сімейної комунікації та здатність її членів конструктивно долати кризові ситуації. У цьому контексті опікун виступає не лише безпосереднім надавачем допомоги, а й одним із ключових регуляторів внутрішньосімейної взаємодії.

Згідно з дослідженнями Є. Потапчук і Н. Потапчук, психологічний ресурс родини формується на основі її згуртованості, взаємної підтримки, гнучкості сімейної системи, ефективного виконання сімейних ролей та здатності підтримувати позитивний морально-психологічний клімат. У

процесі такої взаємодії формуються та реалізуються відповідні поведінкові ролі членів родини – уважного слухача, співрозмовника, порадника, мотиватора, розрадника та носія психологічної безпеки, що сприяє емоційній стабілізації всієї сімейної системи в умовах війни [226]. Наведені положення підтверджують, що ПО охоплює широкий спектр психологічних впливів і взаємодій, спрямованих на підтримання функціональної цілісності сімейної системи та створення сприятливих умов для соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Практика свідчить, що тривале виконання опікуном доглядових функцій супроводжується значним емоційним напруженням, фізичним виснаженням, підвищеним рівнем відповідальності та постійним переживанням за стан важкопораненого комбатанта. За відсутності достатньої соціальної підтримки та власних психологічних ресурсів таке навантаження може спричиняти розвиток хронічного стресу, вторинної травматизації, емоційного вигорання та, як наслідок, зниження здатності ефективно надавати допомогу комбатанту. На це звертають увагу Н. Журавльова, О. Платинюк, А. Скрипніков, Р. Федоренко та ін. дослідники, аналізуючи особливості вторинної травматизації членів родин ветеранів війни та наголошуючи на необхідності організації психологічної допомоги не лише військовослужбовцям, а й особам, які тривалий час перебувають поруч із ними та залучені до процесу їхнього відновлення [106; 319; 423; 440]. Зазначені положення узгоджуються із сучасними уявленнями про психологічні ресурси особистості, представленими у працях М. Гончаренко, В. Лисенко, А. Орловської та О. Сидоренко. Дослідники підкреслюють, що ефективність подолання кризових життєвих ситуацій значною мірою визначається рівнем сформованості копінгових ресурсів, до яких належать оптимізм, самоефективність, адекватна самооцінка, соціальна підтримка та здатність до усвідомленої саморегуляції емоційних станів [66; 159; 193]. У контексті догляду за важкопораненим комбатантом ці ресурси дають змогу опікуну ефективніше регулювати власний емоційний стан, адаптуватися до тривалого навантаження, зберігати

конструктивний характер взаємодії та уникати виснаження власного адаптаційного потенціалу.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що у вітчизняній та зарубіжній психології відсутній єдиний підхід до трактування поняття «поведінка опікуна щодо важкопораненого комбатанта». Переважна більшість досліджень зосереджена на окремих аспектах сімейної підтримки військовослужбовців, психологічному супроводі їхніх родин, догляді за особами з інвалідністю або особливостях сімейної адаптації після переживання бойової травми. Водночас питання комплексного психологічного аналізу поведінки особи, яка здійснює щоденний догляд за важкопораненим комбатантом, з урахуванням її функцій, характеру взаємодії з комбатантом, власних психологічних ресурсів та можливих ризиків вторинної травматизації залишається недостатньо розробленим, що зумовлює необхідність уточнення поняття в контексті предмета нашого дослідження.

Отже, поведінка опікуна щодо ВК – це цілісна система усвідомлених дій, способів взаємодії, емоційного реагування, комунікативних стратегій і поведінкових моделей, спрямованих на забезпечення фізичного догляду, психологічної підтримки, соціально-психологічної адаптації та особистісного відновлення важкопораненого комбатанта, що реалізується в процесі тривалої сімейної взаємодії та визначається індивідуальними ресурсами опікуна, особливостями сімейної системи й умовами реабілітаційного середовища.

Запропоноване визначення дає змогу розглядати поведінку опікуна як багатовимірний психологічний феномен, у структурі якого поєднуються когнітивний, емоційний, мотиваційний, комунікативний та діяльнісний компоненти. Їх інтегрована реалізація забезпечує узгодження поведінкових проявів опікуна з актуальними потребами важкопораненого комбатанта на різних етапах лікування, реабілітації та соціально-психологічної адаптації. Ефективність поведінки опікуна доцільно оцінювати за такими критеріями:

− здатність створювати та підтримувати психологічно безпечний простір взаємодії;

− збереження суб'єктності важкопораненого комбатанта у процесі прийняття рішень та організації власного відновлення;

− сприяння поступовому відновленню його автономності та самостійності;

− підтримання мотивації до активної участі в лікувально-реабілітаційному процесі;

− запобігання формуванню набутої безпорадності та залежної позиції;

− забезпечення конструктивного функціонування сім'ї та підтримання її психологічної стійкості.

Таким чином, поведінку опікуна доцільно розглядати як важливий соціально-психологічний чинник реабілітації та соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. Її ефективність визначається не лише здатністю забезпечувати необхідний догляд, а й спрямованістю на підтримання суб'єктності, автономності та активної позиції комбатанта, а також збереження психологічного благополуччя і функціональної цілісності сімейної системи.

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел [42; 44; 63; 91; 92; 160; 192; 196; 226; 319] та інтерпретація результатів емпіричного дослідження дали змогу систематизувати чинники, що визначають особливості поведінки опікуна щодо важкопораненого комбатанта. Зазначені чинники утворюють взаємопов'язану систему впливів, характер і вираженість яких можуть змінюватися залежно від етапу лікування, реабілітації та соціально-психологічної адаптації комбатанта, а також актуальних потреб і ресурсних можливостей опікуна та сім'ї. З огляду на це для комплексного розуміння психологічних механізмів формування та реалізації поведінки опікуна здійснено систематизацію основних чинників за їх змістом і характером впливу (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Систематизація чинників, що визначають поведінку опікуна щодо важкопораненого комбатанта

Група чинників	**Основний зміст**	**Особливості проявів у поведінці опікуна**	**Можливі наслідки для соціально-психологічної адаптації комбатанта**
Особистісні чинники опікуна	Психологічна стійкість, емпатія, емоційна саморегуляція, копінг-стратегії, мотивація, попередній досвід догляду	Терплячість, емоційна підтримка, конструктивне спілкування, здатність приймати рішення або, навпаки, дратівливість, уникнення взаємодії, гіперопіка	Підвищення або зниження мотивації до реабілітації, формування довіри, психологічної безпеки чи емоційного відчуження
Особистісні чинники важко-пораненого комбатанта	Тяжкість поранення, рівень фізичних обмежень, біль, ПТСР, депресія, когнітивні порушення, готовність до лікування	Необхідність змінювати стиль спілкування, рівень допомоги, темп навчання самообслуго-вуванню, способи психологічної підтримки	Формування активної участі в реабілітації або залежної позиції, збереження автономності чи розвиток безпорадності
Група чинників	Основний зміст	Особливості проявів у поведінці опікуна	Можливі наслідки для соціально-психологічної адаптації комбатанта
Сімейні чинники	Психологічний клімат родини, згуртованість, розподіл ролей, стиль комунікації, рівень взаємної підтримки	Відкритий діалог, узгодження рішень, розподіл відповідаль-ності або конф-лікти, взаємні претензії, емоційне диста-нціювання	Стабілізація сімейної системи, зниження конфліктності, покращення адаптації або її ускладнення

Продовження табл. 5.8

Група чинників	**Основний зміст**	**Особливості проявів у поведінці опікуна**	**Можливі наслідки для соціально-психологічної адаптації комбатанта**
Соціальні чинники	Підтримка друзів, громади, ветеранських організацій, державні гарантії, фінансове забезпечення	Можливість делегування частини навантаження, отримання інформаційної та психологічної допомоги	Зниження емоційного виснаження опікуна, підвищення ефективності догляду
Організаційно-реабілітаційні чинники	Взаємодія з мультидисциплінарною командою, доступність психо-логічної допомоги, психоедукація, якість реабілітаційних послуг	Виконання рекомендацій фахівців, участь у реабілітацій-них заходах, розвиток психологічної компетентності опікуна	Покращення відновлення комбатанта, скорочення термінів соціально-психологічної адаптації
Часовий чинник	Гострий період лікування, рання реабілітація, пізня реабілітація, повернення до сім'ї та громади	Зміна поведінкових стратегій від переважно фізичного догляду до підтримки автономності та соціальної активності	Поступове відновлення суб'єктності комбатанта та його інтеграція у повсякденне життя

Представлена систематизація засвідчує, що ПО формується під впливом багаторівневої системи чинників, які перебувають у постійній взаємодії та взаємно модифікують свій вплив. Зміна компонентів закономірно позначається на характері поведінки опікуна та перебігу соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Однак навіть високий рівень особистісної стійкості опікуна не завжди забезпечує конструктивну взаємодію за умов дефіциту соціальної підтримки, несприятливого психологічного клімату в родині чи відсутності професійного психологічного супроводу. Належна організація реабілітаційного процесу, психоедукація членів родини та своєчасне залучення мультидисциплінарної команди здатні компенсувати окремі ризики та підсилити адаптаційний потенціал сім'ї.

Отримані висновки узгоджуються з результатами проведеного емпіричного дослідження, представленого у третьому розділі дисертації. Встановлені статистично значущі взаємозв'язки між показниками сімейної підтримки, психологічної адаптації, життєстійкості, психологічного благополуччя та рівнем соціального функціонування свідчать, що найближче соціальне оточення є основним ресурсом відновлення ВК. Поведінка особи, яка здійснює повсякденний догляд, виступає тим механізмом, через який реалізується або блокується позитивний вплив сімейного середовища на процес реабілітації. З огляду на викладене стає очевидним, що формування конструктивної поведінки опікуна не може обмежуватися лише накопиченням практичного досвіду догляду. Воно потребує розвитку відповідних психологічних компетентностей, засвоєння ефективних моделей взаємодії, опанування навичок емоційної саморегуляції, конструктивної комунікації та підтримки автономності важкопораненого комбатанта.

Ефективність поведінки опікуна залежить від дотримання психологічних принципів, які забезпечують конструктивну взаємодію між важкопораненим комбатантом, його родиною та фахівцями мультидисциплінарної команди. Вони формують основу сімейно орієнтованого психологічного супроводу, сприяють збереженню психологічного благополуччя всіх учасників реабілітаційного процесу та мінімізують ризики розвитку дезадаптивних моделей взаємодії.

У сучасній психологічній науці окремі аспекти зазначеної проблематики розкрито у працях Д. Бріера, М. Галича, Н. Дідик, Є. Лісеного, О. Орловської,

Є. Потапчука, Н. Потапчук, К. Скот та ін. дослідників [42; 63; 91; 92; 160; 192; 196; 226 та ін.]. Проведений аналіз свідчить, що більшість авторів описують рекомендації щодо взаємодії з військовослужбовцями, не розглядаючи їх як єдину систему психологічних принципів поведінки опікуна, що зумовило необхідність їх узагальнення відповідно до специфіки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Вони становлять систему базових психологічних положень, які визначають характер взаємодії з ВК незалежно від етапу лікування чи реабілітації (рис. 5.3). Їх дотримання сприяє підтриманню психологічної рівноваги родини, розвитку автономності комбатанта, формуванню партнерських взаємин і створенню сприятливого середовища для його поступового відновлення.

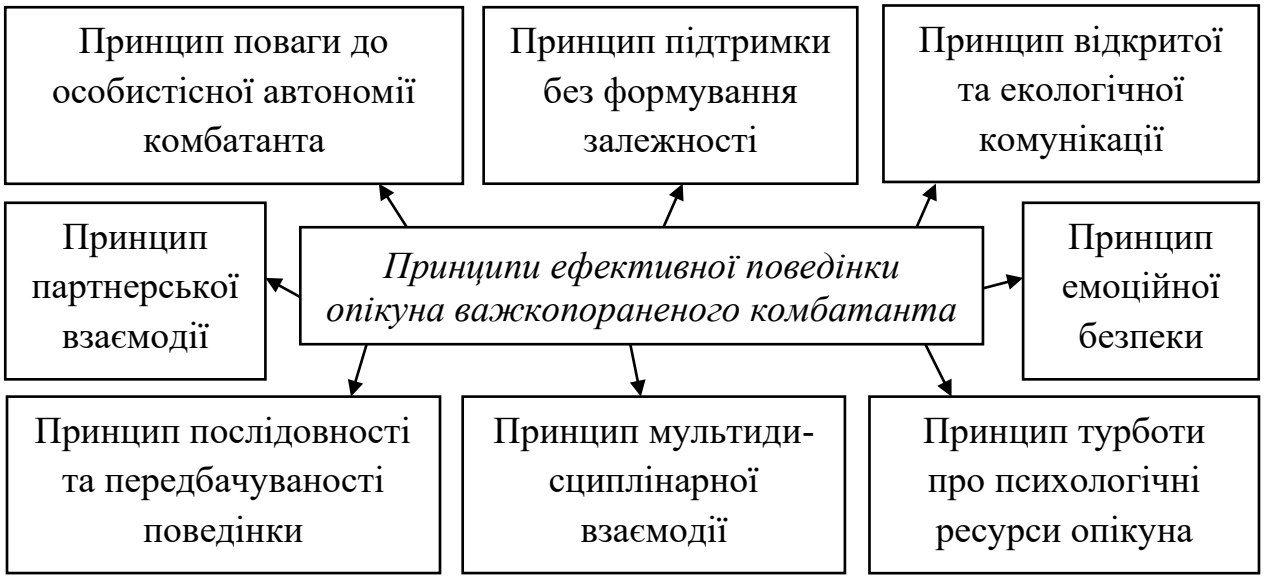


Рис. 5.3. Система принципів ефективної поведінки опікуна щодо важкопораненого комбатанта

Ефективність поведінки опікуна визначається здатністю підтримувати баланс між допомогою, автономією військового, емоційною підтримкою та власною психологічною стійкістю.

Провідне місце у запропонованій системі займає принцип поваги до особистісної автономії комбатанта, який передбачає визнання його права самостійно приймати рішення щодо власного життя, лікування, повсякденної діяльності та перспектив подальшого відновлення. Незважаючи на тяжкість

отриманих ушкоджень і можливу втрату окремих функціональних можливостей, він повинен залишатися активним суб’єктом реабілітаційного процесу. Збереження права вибору, можливості висловлювати власну думку та брати участь у прийнятті рішень підтримує відчуття контролю над власним життям, сприяє формуванню внутрішньої мотивації до відновлення та позитивно впливає на психологічну адаптацію.

Відповідно до принципу підтримки без формування залежності допомога повинна відповідати реальним потребам комбатанта, але не замінювати його власну активність. Надмірна опіка, виконання доступних для нього дій або постійне прийняття рішень замість нього можуть поступово формувати психологічну та поведінкову залежність від сторонньої допомоги. Оптимально організована підтримка спрямована на розвиток максимально можливої самостійності, поступове відновлення навичок самообслуговування та зміцнення впевненості людини у власних можливостях.

Реалізація зазначених принципів неможлива без принципу відкритої та екологічної комунікації, який визначає характер щоденного спілкування між опікуном і важкопораненим комбатантом. Вона ґрунтується на щирості, взаємній повазі, уважному слуханні, емпатійному ставленні та відмові від осуду, тиску чи маніпулятивних форм взаємодії. Відкрите обговорення труднощів, переживань і потреб дозволяє своєчасно виявляти психологічні проблеми, запобігати накопиченню внутрішньої напруги та підтримувати довірливі взаємини між усіма членами родини.

Принцип партнерської взаємодії передбачає рівноправне співробітництво між опікуном і комбатантом. За такого підходу догляд будується на взаємному обговоренні потреб, можливостей та спільному прийнятті рішень. Партнерські відносини сприяють збереженню особистої гідності комбатанта, підтримують його активну життєву позицію та створюють умови для успішного відновлення соціального функціонування.

Принцип емоційної безпеки спрямований на створення психологічного середовища, у якому людина може відкрито висловлювати власні почуття,

переживання та страхи без ризику критики чи знецінення. В умовах тяжкої бойової травми емоційна безпека дозволяє поступово відновлювати довіру до найближчого оточення, знижує рівень психоемоційної напруги та створює передумови для ефективної психологічної реабілітації. Стабільність сімейної взаємодії забезпечує принцип послідовності та передбачуваності поведінки, відповідно до якого реакції опікуна повинні бути зрозумілими, врівноваженими та логічно узгодженими. Передбачуваність поведінки формує у комбатанта відчуття психологічної стабільності, що є потрібною у період після пережитої психотравмувальної події, коли будь-яка невизначеність може посилювати тривогу, емоційну напруженість або дезадаптивні реакції.

Відповідно до принципу мультидисциплінарної взаємодії діяльність опікуна повинна бути інтегрованою із загальною системою медичної, психологічної, фізичної та соціальної реабілітації. Ефективний догляд передбачає постійну взаємодію із психологами, лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, соціальними працівниками та іншими спеціалістами, що забезпечує узгодженість реабілітаційних заходів і своєчасне реагування на зміни стану комбатанта.

Завершує систему принцип турботи про психологічні ресурси опікуна, який підкреслює, що якісне виконання функцій догляду можливе за умови збереження власного психологічного благополуччя особи, яка надає допомогу. Тривале фізичне та емоційне навантаження, постійне переживання за стан близької людини й висока відповідальність можуть поступово призводити до виснаження, тому підтримка психологічної стійкості, своєчасний відпочинок, використання професійної допомоги та збереження власної соціальної активності є умовою ефективної поведінки опікуна.

Практична цінність положень полягає у можливості їх реалізації через конкретні моделі поведінки, способи комунікації та організацію повсякденного догляду опікуна. Його поведінкові прояви визначають, чи буде родина виконувати ресурсну функцію у процесі соціально-психологічної адаптації комбатанта, чи несвідомо сприятиме формуванню дезадаптивних реакцій. Можна стверджувати,

що успішна адаптація важкопоранених комбатантів спостерігається за умови, коли ПО характеризується гнучкістю, емоційною стабільністю, повагою до особистості військовослужбовця та здатністю змінювати власні способи взаємодії відповідно до етапу реабілітації.

Надмірний контроль, гіперопіка, емоційне виснаження членів родини або конфліктна комунікація можуть уповільнювати процес відновлення навіть за наявності позитивної динаміки фізичної реабілітації. У зв'язку з цим виникає необхідність конкретизації моделей поведінки, які доцільно використовувати опікуну на різних етапах відновлення важкопораненого комбатанта. Вони повинні враховувати особливості його психологічного реагування, рівень самостійності, характер сімейної взаємодії та адаптаційний потенціал родини. Їх представлено у табл. 5.9.

Таблиця 5.9

Практичні моделі поведінки опікуна залежно від потреб важкопораненого комбатанта

Психологічна потреба важкопораненого комбатанта	**Практична модель поведінки опікуна**	**Поведінка, якої доцільно уникати**	**Очікуваний результат для соціально-психологічної адаптації**
Збереження почуття власної гідності та автономії	Надавати допомогу лише в обсязі, який є необхідним, залучати	Гіперопіка, тотальний контроль, виконання всіх дій замість	Збереження суб'єктної позиції, підвищення самооцінки, розвиток
Психологічна потреба важкопораненого комбатанта	Практична модель поведінки опікуна комбатанта до прийняття рішень, підтримувати самостійне виконання посильних дій	Поведінка, якої доцільно уникати військово-службовця	Очікуваний результат для соціально-психологічної адаптації мотивації до відновлення

Продовження табл. 5.9

Психологічна потреба важкопоранено-ного комбатанта	**Практична модель поведінки опікуна**	**Поведінка, якої доцільно уникати**	**Очікуваний результат для соціально-психологічної адаптації**
Емоційна безпека	Демонструвати спокій, терпіння, прогнозованість поведінки, прийняття емоційних реакцій без осуду	Критика, звинувачення, емоційний тиск, драматизація ситуації	Зниження тривожності, формування довіри, стабілізація емоційного стану
Прийняття переживань	Активно слухати, визнавати право комбатанта на будь-які почуття, не примушувати говорити про травматичний досвід	Фрази «забудь», «усі через це проходять», примушування до розмов про бойові події	Формування психологічної безпеки, зменшення внутрішнього напруження, покращення комунікації
Відновлення соціальних ролей	Поступово залучати до сімейних рішень, домашніх справ, спільного дозвілля відповідно до функціональних можливостей	Усунення від сімейного життя або надмірне навантаження обов’язками	Відновлення сімейної ідентичності, підвищення відчуття значущості
Передба-чуваність повсякденного життя	Дотримуватися зрозумілого режиму дня, попередньо обговорювати зміни планів, підтримувати сталі сімейні традиції	Постійна зміна правил, хаотичність, непослідовність вимог	Формування відчуття контролю над життям, зниження психоемоційної напруги
Психологічна потреба важкопоранено-ного комбатанта	Практична модель поведінки опікуна	Поведінка, якої доцільно уникати	Очікуваний результат для соціально-психологічної адаптації

Продовження табл. 5.9

Психологічна потреба важкопоранено-ного комбатанта	**Практична модель поведінки опікуна**	**Поведінка, якої доцільно уникати**	**Очікуваний результат для соціально-психологічної адаптації**
Повага до особистих меж	Надавати можливість побути наодинці, не порушувати особистий простір без потреби, погоджувати фізичний контакт	Нав'язливий контроль, постійні перевірки, ігнорування бажання усамітнитися	Зменшення психологічного виснаження, відновлення внутрішніх ресурсів
Ефективна комунікація	Використовувати відкриті запитання, спокійний тон, конструктивне обговорення труднощів	Погрози, ультиматуми, наказовий стиль спілкування, сарказм	Покращення взаєморозуміння, зниження конфліктності, підвищення взаємної довіри
Відновлення віри у власні можливості	Підкреслювати навіть незначні успіхи, підтриму-вати реалістичні цілі, акцентувати увагу на досягненнях	Знецінення результатів, постійне порівняння з минулим або з іншими людьми	Формування внутрішньої мотивації, підвищення самоефективності
Соціальна підтримка	Допомагати підтримувати контакти з родиною, побратимами, друзями, за потреби – із фахівцями	Соціальна ізоляція, обмеження спілкування, створення залежності від опікуна	Розширення соціальних ресурсів, профілактика ізоляції, покращення адаптації
Психологічна стабільність родини	Опікун дбає про власний відпочинок, використовує техніки саморегуляції, звертається за професійною допомогою за необхідності	Повне ігнорування власних потреб, емоційне вигорання, самопожертва	Збереження ресурсності родини, підвищення ефективності довготривалої підтримки комбатанта

Представлені моделі поведінки не є універсальними алгоритмами, які однаковою мірою застосовуються до всіх важкопоранених комбатантів. Їх реалізація повинна здійснюватися з урахуванням характеру поранення, етапу медичної та психологічної реабілітації, рівня функціональної незалежності військовослужбовця, особливостей його психоемоційного стану, адаптаційних ресурсів самої родини. Поведінка опікуна повинна бути достатньо гнучкою, щоб відповідати актуальним потребам комбатанта, які можуть змінюватися протягом усього процесу відновлення.

Наведені моделі дозволяють простежити спільну закономірність. Незалежно від конкретної життєвої ситуації, найбільш конструктивною є така ПО, яка створює умови для поступового відновлення у комбатанта фізичної, психологічної та соціальної автономії й узгоджується із сучасними принципами сімейно орієнтованої реабілітації, відповідно до яких члени родини виступають активними учасниками реабілітаційного процесу, здатними впливати на його ефективність [63; 160; 196].

Практика психологічної допомоги свідчить, що навіть щирі наміри підтримати важкопораненого можуть набувати дезадаптивного характеру, якщо допомога перетворюється на тотальний контроль, надмірну опіку або постійне обмеження самостійності військовослужбовця. Поступово формується психологічна залежність від сторонньої допомоги, знижується впевненість у власних можливостях, посилюється відчуття безпорадності, що негативно впливає на перебіг соціально-психологічної адаптації. Результати проведеного емпіричного дослідження також підтверджують доцільність індивідуалізації поведінки опікуна. Зокрема, встановлено, що комбатанти з вищими показниками СПА, життєстійкості та задоволеності життям частіше повідомляли про наявність підтримувальних сімейних взаємин, у яких поєднувалися емоційне прийняття, повага до особистої автономії та залучення військовослужбовця до повсякденного життя родини. Низькі показники адаптації супроводжувалися переважанням гіперопіки, конфліктності, емоційного дистанціювання або недостатньої сімейної підтримки, що свідчить

про значний вплив поведінки найближчого оточення на ефективність відновлення.

Отже, поведінка опікуна є важливою формою реалізації психологічної підтримки важкопораненого комбатанта, зміст і характер якої мають змінюватися відповідно до етапів його лікування, реабілітації та соціально-психологічної адаптації, а також актуальних потреб і можливостей. Ефективність такої поведінки значною мірою визначається здатністю опікуна зберігати емоційну врівноваженість, використовувати конструктивні способи комунікації, адекватно реагувати на зміни психоемоційного стану комбатанта, підтримувати його суб'єктність та автономність і своєчасно звертатися за професійною психологічною допомогою у разі виникнення ознак власного емоційного виснаження чи вторинної травматизації. Наукове осмислення поведінки опікуна дає змогу розширити уявлення про соціально-психологічні механізми адаптації важкопоранених комбатантів після бойової травми та уточнити роль найближчого соціального оточення у цьому процесі. Водночас сформульовані положення створюють теоретичне підґрунтя для розроблення комплексних програм психологічного супроводу родин, які мають передбачати підтримку не лише важкопораненого комбатанта, а й осіб, залучених до його тривалого догляду. Реалізація такого підходу сприятиме підтриманню психологічного благополуччя членів сім'ї, зміцненню її адаптаційного потенціалу, оптимізації внутрішньосімейної взаємодії та підвищенню якості життя всіх її членів.

5.5. Трансформація та гармонізація сімейної взаємодії у процесі адаптації важкопораненого комбатанта

Тяжке бойове поранення військовослужбовця є подією, яка змінює систему сімейних стосунків. Ураження здоров'я, тривале лікування, проходження реабілітації, зміна соціального статусу та професійних перспектив стають чинниками, які трансформують усталений спосіб життя

родини. Сім’я виступає ресурсом психологічного відновлення та соціальної реадаптації важкопораненого комбатанта.

Сучасні дослідження В. Дембіцького, Ю. Підлісного, Р. Слухевської та ін. свідчать, що наслідки бойової травми виходять за межі індивідуального досвіду пораненого військовослужбовця та поширюються на всіх членів його родини. Після поранення сім’я змушена адаптуватися до нових умов функціонування, що супроводжується зміною звичних ролей, обов’язків, способів взаємодії та моделей прийняття рішень. Процес реабілітації важкопораненого комбатанта доцільно розглядати крізь призму біопсихосоціальної моделі, відповідно до якої відновлення особистості залежить від медичних втручань, психологічних та соціальних чинників, серед яких сімейне середовище займає провідне місце [22; 210].

За результатами досліджень А. Артеменка та К. Батаєвої, військова служба формує специфічну мілітарну ідентичність, яка визначає систему цінностей, норм поведінки та способів взаємодії особистості із соціальним середовищем [10]. Після тяжкого поранення відбувається її трансформація, тому що комбатант змушений переосмислювати власні можливості, життєві перспективи та соціальні ролі. Складним процес є у випадках втрати працездатності, ампутацій або тривалих функціональних обмежень. Унаслідок цього можуть виникати кризи самооцінки, почуття безпорадності, втрата звичного відчуття контролю над життям, що відображається на характері сімейних взаємин.

Особливістю сімей після бойового поранення є необхідність перебудови внутрішньої структури родини. Якщо до поранення військовослужбовець виконував функції матеріального забезпечення, захисту й організації сімейного життя, то після отримання тяжкої травми частина обов’язків переходить до інших членів родини. Найчастіше основне навантаження бере на себе дружина або інший близький родич, який одночасно виконує ролі доглядальника, психологічного помічника, координатора лікування та організатора повсякденного життя сім’ї [209].

Подібні зміни часто супроводжуються внутрішньосімейною напруженістю. Комбатант може відчувати залежність від допомоги інших, що суперечить сформованим установкам самостійності та відповідальності, характерним для військової культури [128; 204]. Члени родини переживають фізичне й емоційне виснаження через необхідність постійного догляду, вирішення побутових та фінансових проблем, власні переживання, пов'язані з наслідками війни.

Повернення важкопораненого комбатанта додому не означає автоматичного відновлення довоєнних стосунків. Період часто стає початком нового етапу взаємного пристосування. За даними М. Івіної, Т. Коломієць та В. Петрінко, реінтеграція військовослужбовця до сімейного середовища нерідко супроводжується конфліктами, що пов'язані з відмінністю очікувань, зміною життєвих пріоритетів, труднощами емоційного самовираження та порушеннями комунікації [128; 207].

Фактором сімейної адаптації виступають психологічні наслідки бойового досвіду. Вітчизняні (Л. Подкоритової) й іноземні (Дж. Вастерлінга, С. Проктора, Т. Хірен, Ч. Хоуґа) дослідження свідчать, що у частини військовослужбовців після участі у бойових діях можуть спостерігатися симптоми посттравматичного стресового розладу, підвищена тривожність, емоційна напруженість, дратівливість та агресивні реакції [214; 430].

У дослідженнях Г. Ломакіна та В. Павелкіна наголошується, що тривале перебування в умовах збройного протистояння підвищує ризик формування потенційної агресивності [161; 200]. У сімейному середовищі проявляється через конфліктність, емоційну відстороненість або труднощі встановлення довірливого контакту. Бойова травма не обов'язково призводить до руйнування сімейних взаємин. За сприятливих умов вона може виступати чинником консолідації родини та зміцнення міжособистісних зв'язків Основними чинниками успішного перебігу процесу виступають життєстійкість членів сім'ї, наявність спільних ціннісних орієнтацій,

духовних ресурсів, здатність до конструювання нових життєвих смислів в умовах змінених обставин.

У праці В. Франкла підкреслюється, що навіть у надзвичайно складних обставинах людина здатна знаходити сенс власного існування, що стає основою подолання страждання та особистісного розвитку [320]. Аналогічно О. Чиханцова показує, що життєстійкість є ресурсом адаптації, який забезпечує можливість особистості зберігати психологічне благополуччя та вибудовувати перспективи майбутнього навіть за умов тривалого стресу [336, с. 216].

Результати проведеного емпіричного дослідження підтвердили визначальну роль сімейного середовища у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Установлено, що особи, які характеризувалися високим рівнем сімейної підтримки та позитивними взаєминами з близькими, демонстрували кращі показники СПА, вищий рівень життєзадоволеності й емоційного благополуччя. Дефіцит сімейної підтримки супроводжувався підвищенням рівня тривоги, депресивних переживань та труднощами соціальної реінтеграції. Апробація авторської програми соціально-психологічної адаптації засвідчила, що залучення членів родини до реабілітаційного процесу сприяє формуванню конструктивних моделей взаємодії, підвищенню рівня взаєморозуміння та зміцненню внутрішньосімейної підтримки. Одержані результати підтверджують необхідність розгляду родини активного суб’єкта реабілітації та відновлення його соціального функціонування.

Після тяжкого бойового поранення сімейна система функціонує в умовах тривалої перебудови, що охоплює всі напрями внутрішньородинної взаємодії. Зміни фізичного стану комбатанта, необхідність проходження лікування та реабілітації, трансформація професійних перспектив і життєвих планів зумовлюють перегляд усталених моделей сімейного функціонування. У результаті формується нова конфігурація стосунків, яка визначає характер адаптації військовослужбовця і його близького соціального оточення.

У межах концепції Л. Кайданова, Р. Лелека, Л. Пляка, Н. Сидорець та ін. вчені доводять, що чутливими до наслідків бойового поранення є сфери емоційної взаємодії, комунікації, довіри, сімейної підтримки, рольового функціонування, подружніх та батьківсько-дитячих відносин [115; 158; 227]. Вони набувають специфічного змісту залежно від тяжкості поранення, тривалості реабілітації та індивідуально-психологічних особливостей членів родини.

Пережите поранення стає джерелом сильних емоційних реакцій у комбатанта та членів його родини. Поширеними переживаннями є тривога, страх, невизначеність майбутнього, почуття провини, безпорадність та емоційне виснаження. За даними Дж. Вастерлінга, С. Проктора, Т. Хірен та Ч. Хоуґа, бойовий досвід і травматичні події можуть супроводжуватися підвищенням рівня посттравматичної симптоматики, що впливає на здатність людини регулювати власний емоційний стан і підтримувати стабільні міжособистісні зв’язки [430].

Психологічний стан членів родини теж зазнає змін. За твердженнями Г. Пирог та С. Удод, дружини військовослужбовців тривалий час перебувають у стані хронічного напруження, пов’язаного з переживаннями за життя чоловіка, необхідністю самостійно вирішувати побутові та фінансові питання. Після його повернення їм потрібно пристосовуватися до нових особливостей поведінки та емоційного реагування партнера [209, с. 420]. Емоційна взаємодія характеризується підвищеною вразливістю обох сторін та потребує додаткових адаптаційних ресурсів. Тісно пов’язаною з емоційною сферою виступає сімейна комунікація.

У дослідженнях М. Слюсаревського спілкування визначається як процес взаємного пізнання, розвитку стосунків і регуляції спільної діяльності [282, с. 7]. У сім’ях важкопоранених комбатантів через комунікацію здійснюється узгодження нових ролей, обговорення потреб та прийняття рішень щодо подальшого життя родини. Після поранення виникають численні комунікативні бар’єри. Вагомий внесок у розроблення цього

питання зробили Л. Кайданова та Л. Пляка, які виділяють психологічні, емоційні, мотиваційні та комунікативні перешкоди, які ускладнюють взаєморозуміння між людьми [115]. У сім'ях військовослужбовців бар'єри проявляються через небажання обговорювати бойовий досвід, уникнення складних тем, емоційну закритість або взаємне нерозуміння переживань одне одного. У науковій праці Т. Коломієць та М. Івіна акцентовано, що порушення комунікації стає джерелом сімейних конфліктів, формування відчуття віддаленості та втрати емоційного контакту між членами родини [128].

Окремий напрям наукових досліджень П. Ворони та Г. Ломакіна присвячений феномену довіри, яка пов'язана із готовністю приймати допомогу, відкрито говорити про власні труднощі та покладатися на підтримку близьких. У сім'ях, де довірливі взаємини були сформовані ще до травматичних подій, адаптаційні процеси відбуваються більш конструктивно. Проте наявність попередніх конфліктів або недостатнього рівня емоційної близькості посилює кризові прояви й ускладнює процес відновлення.

Учені також виділяють такий напрям взаємодії, як взаємна підтримка, яку вважають провідним ресурсом психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій [59; 161]. В умовах тяжкого поранення підтримка набуває декількох форм: емоційної, інформаційної, інструментальної та мотиваційної. Родина допомагає комбатанту долати труднощі лікування, підтримує його віру у власні сили та сприяє відновленню життєвих перспектив.

Положення біопсихосоціальної моделі фізичної реабілітації, представленої Л. Зендик, Н. Козік, Л. Логуш і Р. Слухенською, підтверджують, що ефективність відновлення визначається характером соціального середовища, у якому перебуває людина [22]. Родина виступає центральним фактором успішної реабілітації. Значних змін зазнає система сімейних ролей. Військовослужбовець, який до поранення виконував функції

захисника, годувальника або організатора сімейного життя, може тимчасово або назавжди втратити можливість реалізовувати окремі функції. Унаслідок цього відбувається перерозподіл відповідальності між членами родини.

Розглядаючи це питання, Г. Пирог і С. Удод додають, що під час відсутності чоловіка або після його повернення з пораненням дружина бере на себе основний обсяг організаційних, фінансових і виховних обов'язків [209]. Подібна трансформація ролей супроводжується внутрішніми суперечностями. На думку Т. Котілок і О. Паркулаю, військова культура традиційно орієнтована на дисципліну, відповідальність та контроль над ситуацією [204]. Втрата змоги реалізовувати звичні соціальні функції негативно впливає на самооцінку комбатанта та провокує внутрішній конфлікт між бажаним і реальним образом себе. Самостійною сферою відносин виступає прийняття фізичних змін. Наслідки тяжких поранень можуть включати ампутації, порушення рухових функцій, хронічний біль, зміни зовнішності та інші стани, які впливають на самосприйняття людини. Дослідження Е. Абель, М. Беннетти, Л. Куїкендалла, А. Лакстеда та Л. Траваліні свідчать про взаємозв'язок між хронічним болем та негативними емоційними станами, які можуть позначатися на міжособистісних стосунках [432]. У сімейному середовищі процес прийняття фізичних змін стосується комбатанта та його близьких, які проходять власний шлях психологічної адаптації до нової реальності.

Змін зазнають батьківсько-дитячі взаємини. За результатами досліджень М. Івіної та Т. Коломієць, тривала відсутність військовослужбовця, переживання дітьми загрози втрати батька або матері, зміна звичного способу життя сприяють виникненню тривожності, труднощів соціальної адаптації та поведінкових порушень [128]. Після повернення пораненого військового відбувається поступове відновлення батьківських функцій, що потребує часу, взаємного пристосування та врахування вікових особливостей дітей.

Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки дітей у воєнний період, представлені ресурсом «Коло сім'ї», засвідчують доцільність відкритого обговорення їхніх переживань, підтримання емоційного контакту та формування відчуття безпеки навіть в умовах тривалого кризового впливу [114].

Подружні стосунки проходять складний етап трансформації. Повернення комбатанта після тривалого лікування фактично означає необхідність формування нової моделі сімейного життя. Джерелом конфліктів можуть ставати рольові суперечності, відмінності у цінностях, зміни особистісних характеристик партнерів, а також накопичені за період розлуки емоційні переживання [128]. Конструктивне вирішення конфліктів у сім'ях військовослужбовців передбачає розвиток навичок діалогу, взаємного прийняття та готовності до пошуку спільних рішень [158].

Останньою значущою сферою, що аналізується у дослідженнях П. Ворони, виступає соціальна активність родини. Після тяжкого поранення сім'я змушена змінювати звичний спосіб життя, обмежувати соціальні контакти або відмовлятися від окремих форм діяльності. Проте участь у ветеранських об'єднаннях, громадських ініціативах, групах взаємодопомоги та соціальних проєктах сприяє відновленню соціальних зв'язків і підвищенню адаптаційного потенціалу ветерана та членів його родини [59, с. 112].

Результати проведеного нами емпіричного дослідження підтвердили, що тісний зв'язок із показниками соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів мають якість сімейної комунікації, рівень емоційної підтримки та характер рольової взаємодії у родині. Позитивна динаміка сфер була зафіксована під час апробації авторської програми соціально-психологічної адаптації, що дозволяє розглядати сімейні відносини як основний механізм відновлення особистісного та соціального функціонування військовослужбовців.

Якість стосунків між ВК та членами його родини формується під впливом комплексу чинників, які діють одночасно та змінюють свою силу

залежно від етапу лікування, реабілітації й подальшого повернення до сімейного життя. Після тяжкого бойового поранення змінюється співвідношення потреб, ресурсів, очікувань і можливостей сім'ї, що зумовлює необхідність постійного пристосування сімейної системи до нових обставин.

Результати проведеного емпіричного дослідження дають підстави розглядати якість сімейних відносин як компонент загального адаптаційного ресурсу важкопораненого комбатанта. Виявлений взаємозв'язок між показниками адаптації, емоційного стану, задоволеності життям, резильєнтності та рівнем соціальної підтримки демонструє, що труднощі у стосунках із близькими не існують ізольовано від інших сфер життєдіяльності. Вони включені у загальну систему психологічної адаптації особи після травматичного досвіду.

Першим чинником, який визначає характер сімейної взаємодії, є психологічний стан самого комбатанта. Наслідки бойового поранення охоплюють емоційне виснаження, тривожність, депресивні прояви, дратівливість, порушення сну, зниження здатності до концентрації, труднощі у регуляції емоцій та зміни поведінки. За наявності хронічного болю психологічне навантаження може посилюватися. У дослідженні Н. Сидорець встановлено взаємозв'язок між хронічним больовим синдромом і змінами настрою у ветеранів, що підтверджує необхідність урахування фізичного та емоційного стану під час аналізу міжособистісної взаємодії [277]. Не кожна емоційна або поведінкова трансформація після поранення свідчить про сформований психічний розлад. Для сімейної системи принциповим є розмежування тимчасових реакцій адаптації та стійких порушень, які потребують професійного втручання, запобігають стигматизації комбатанта та зменшують ризик інтерпретації його поведінки як прояву «небажання» підтримувати сімейні стосунки.

Другим чинником є психологічний стан членів родини. Сім'я важкопораненого проходить власний адаптаційний процес. Протягом

лікування вони переживають страх за життя близької людини, невизначеність щодо прогнозу, емоційне виснаження та необхідність виконувати нові побутові й організаційні функції. Члени сім'ї військовослужбовця під час тривалого періоду служби вже можуть перебувати у стані накопиченого стресу, а після повернення військового змушені пристосовуватися до зміненого характеру взаємодії [290]. У разі тяжкого поранення процес набуває складнішої форми. До попереднього досвіду додаються переживання щодо здоров'я, працездатності та майбутнього сім'ї. Практична робота з родиною повинна передбачати оцінювання стану кожного з її членів. Доцільним є використання структурованого клініко-психологічного інтерв'ю, спостереження, шкал тривожності та депресивних проявів, оцінювання рівня стресу й суб'єктивного відчуття соціальної підтримки. У роботі з родиною може застосовуватися генограма, яка дозволяє візуалізувати структуру сім'ї, характер взаємозв'язків, значущі події, повторювані конфлікти та ресурси підтримки. Інструмент корисний для переходу від оцінки окремої проблеми до розуміння сімейної системи.

Третім чинником є тяжкість та характер бойового поранення. Наслідки поранення визначають ступінь залежності комбатанта від допомоги, можливість самостійного виконання побутових функцій, здатність повернутися до професійної діяльності та характер подальшої соціальної активності. За значного обмеження функціональних можливостей сім'я може поступово переходити від моделі партнерської взаємодії до моделі «пацієнт – доглядальник». Зміна має подвійний психологічний ефект. Для комбатанта вона може супроводжуватися переживанням втрати автономії, для близької людини – відчуттям постійної відповідальності та перевантаження.

У практиці психологічного супроводу доцільно застосовувати техніки відновлення автономності, що передбачають визначення дій, які важкопоранений комбатант здатний виконувати самостійно, та поступове розширення сфери його відповідальності за власне повсякденне

функціонування і процес відновлення. Психолог разом із сім'єю може складати карту повсякденних функцій, розподіляючи їх на три групи:

1) дії, які людина виконує самостійно;

2) дії, для яких потрібна часткова допомога;

3) дії, які поки що неможливі.

Вона допомагає уникати гіперопіки та зберігати суб'єктну позицію комбатанта.

Четвертим чинником є тривалість лікування та реабілітації. Тривале перебування у медичному середовищі змінює звичний ритм сімейного життя. Рідні більшу частину часу присвячують догляду, організації лікування, комунікації з медичним персоналом та вирішенню соціальних питань. Комбатант може поступово звикати до ролі отримувача допомоги. Біопсихосоціальна модель фізичної реабілітації, розглянута Л. Зендик, Н. Козік, Л. Логуш і Р. Слухенською, передбачає врахування взаємозв'язку фізичних, психологічних та соціальних компонентів відновлення [22]. У сімейному контексті це означає необхідність узгодження медичної реабілітації з відновленням побутової, комунікативної та соціальної активності. Практично доцільною є сімейна психоосвіта. Її зміст охоплює інформацію про типові реакції на травму, особливості відновлення після тяжкого поранення, прояви емоційного виснаження, принципи комунікації та ознаки станів, за яких необхідна допомога фахівця [321]. Психоосвіта зменшує кількість помилкових інтерпретацій поведінки комбатанта. Члени сім'ї отримують можливість розуміти певні реакції як наслідок травматичного досвіду або процесу адаптації.

П'ятим чинником є стиль сімейної комунікації. Відповідно до наукового підходу Н. Бігун комунікація – це процес взаємного впливу, пізнання та регуляції спільної діяльності [19, с. 19]. У ситуаціях, коли партнери по-різному оцінюють стан важкопораненого комбатанта, перспективи його лікування, реабілітації або можливість повернення до

попереднього способу життя, характер комунікації набуває особливого значення.

Ефективною є техніка «Я-повідомлень», за якої член сім'ї описує власне переживання без звинувачення партнера. Наприклад, замість твердження «Ти зовсім не хочеш зі мною говорити» використовується конструкція «Я відчуваю тривогу, коли ми довго не обговорюємо те, що відбувається». Спосіб комунікації зменшує оборонну реакцію та створює умови для обговорення потреб. Доцільною є техніка активного слухання, яка передбачає концентрацію на висловлюванні співрозмовника, уточнення змісту, відображення емоцій та перевірку правильності розуміння. У сімейній роботі техніка застосовується під час структурованих діалогів тривалістю 10–15 хвилин, коли один член родини висловлюється, а інший спочатку відображає зміст почутого, не переходячи до оцінки або поради.

Шостим чинником є рівень сімейної згуртованості. Здатність родини функціонувати як цілісна система взаємної підтримки сприяє подоланню кризових ситуацій, зниженню емоційного напруження та підтриманню адаптаційного потенціалу її членів. Водночас надмірна згуртованість може набувати дезадаптивних форм, зокрема постійного контролю за станом важкопораненого комбатанта, обмеження його самостійності та надмірного втручання у прийняття рішень. Тому психологічно продуктивною є така форма сімейної згуртованості, яка поєднує емоційну близькість і взаємну підтримку з повагою до особистих меж, автономності та права комбатанта на самостійне прийняття рішень. Практичним інструментом зміцнення сімейних ресурсів може бути сімейна карта ресурсів, за допомогою якої важкопоранений комбатант та члени його родини спільно визначають осіб, організації, професійні служби та види діяльності, до яких можуть звертатися у складних ситуаціях. Така техніка сприяє усвідомленню наявної системи підтримки, розширенню доступних ресурсів та більш рівномірному розподілу навантаження між членами сім'ї. Водночас вона дає змогу

зменшити надмірну залежність від одного опікуна, переносячи частину доглядового та емоційного навантаження на ширше соціальне середовище.

Сьомим чинником є наявність дітей та специфіка батьківсько-дитячої взаємодії. Дитина може не мати достатніх когнітивних ресурсів для розуміння змін у стані батька або матері. Вона може сприймати мовчання, дратівливість, фізичні обмеження чи зміни сімейного побуту як наслідок власної поведінки. Робота психолога повинна передбачати адаптацію інформації до віку дитини. Матеріали «Кола сім'ї» містять практичні підходи до розмови з дітьми про війну, психотравмуючі події, поранення близьких та способи підтримання психологічної стійкості [114]. У роботі з сім'єю можуть використовуватися сімейні ритуали контакту: спільна вечеря, коротка щоденна розмова, спільне читання, прогулянка або інша діяльність, доступна для фізичного стану комбатанта. Їхнє завдання полягає у підтриманні передбачуваності та відчуття належності до сім'ї.

Восьмим чинником є економічне становище сім'ї. Втрата працездатності, зміна джерел доходу, витрати на лікування, реабілітацію та адаптацію житла створюють додаткове напруження. Відповідно до результатів дослідження М. Івіної та Т. Коломієць фінансові труднощі в сім'ях військовослужбовців зумовлюють підвищення конфліктності та психологічного напруження [128]. Тому оцінювання сімейних відносин без урахування матеріального контексту може давати неповну картину. У практичній роботі доцільним є соціально-психологічний аналіз проблеми, під час якого психолог допомагає родині розмежувати емоційну й організаційну складові труднощів. Частина конфліктів, які сприймаються як подружні, може бути наслідком невирішених питань щодо лікування, працевлаштування, житла, догляду або соціальних виплат, де психологічна допомога має поєднуватися із соціальним супроводом.

Дев'ятим чинником є соціальна підтримка поза межами сім'ї. Ізоляція родини від соціального середовища збільшує навантаження на подружжя та інших близьких, а залучення друзів, родичів, ветеранських спільнот,

громадських організацій та фахівців дозволяє сформувати розподілену систему підтримки. Таким чином, соціально-психологічний супровід учасників бойових дій є складовою допомоги у подоланні кризових життєвих ситуацій [161].

Десятим чинником є попередній досвід сімейного подолання криз. Сім'ї, які до отримання поранення вже мали сформовані способи спільного прийняття рішень, взаємної допомоги, розподілу відповідальності та конструктивного розв'язання конфліктів, можуть використовувати цей досвід як адаптаційний ресурс. Водночас попередні невирішені конфлікти, неефективні способи комунікації або дисфункційні моделі взаємодії в умовах тяжкого поранення можуть актуалізуватися та набувати більшої вираженості. Для оцінювання цього чинника доцільно використовувати аналіз типових сімейних сценаріїв подолання проблем. Психолог може запропонувати партнерам описати одну-дві попередні кризові ситуації, визначити особливості прийняття рішень, розподіл відповідальності, способи взаємної підтримки, а також ті форми взаємодії, які сприяли вирішенню проблем або, навпаки, посилювали конфлікт. На основі такого аналізу визначаються моделі взаємодії, які можуть бути адаптовані до нових життєвих умов, і ті, що потребують перегляду або заміни.

Одинадцятим чинником є ціннісно-смислова сфера. Після тяжкого поранення змінюється сприйняття майбутнього, професійної реалізації, сімейних перспектив та власної ролі у суспільстві. Наукові напрацювання В. Стасюк свідчать про те, що завершення або трансформація військового етапу життя пов'язані з процесами соціальної адаптації та переосмислення власної ідентичності [289, с. 153]. Для важкопораненого комбатанта процес може бути складнішим через фізичні обмеження та необхідність відмови від частини попередніх життєвих планів. Продуктивним інструментом є смисложиттєва бесіда, яка не передбачає нав'язування готового бачення майбутнього. Психолог допомагає комбатанту визначити те, що залишається значущим для нього після поранення, які цілі можуть бути переглянуті, а які

зберігають актуальність. Підхід В. Франкла до пошуку сенсу може використовуватися як теоретико-методологічна основа для роботи з питаннями життєвих цінностей, відповідальності та перспективи [320]. Положення О. Чиханцової про життєстійкість дають підстави розглядати цінності, самоефективність, залученість, контроль та самоприйняття як ресурси подолання кризових обставин [336, с. 217].

Окремого розгляду потребує духовний ресурс родини. Його зміст пов'язаний із релігійними переконаннями, особистими цінностями, почуттям відповідальності, патріотичними установками або усвідомленням значущості власного досвіду. Аналіз мотиваційно-ціннісної сфери військовослужбовців, представлений у дослідженні І. Каряки, засвідчує значущість духовного та ціннісного компонентів для підтримання професійної мотивації [117, с. 118]. У сімейній психологічній роботі ресурс доцільно використовувати з урахуванням індивідуальних переконань членів родини. Чинником також є ризик агресивних реакцій та труднощі емоційної саморегуляції. Теоретичне осмислення агресивності представлено у праці О. Павленко, де цей феномен визначається як складний психологічний конструкт із різними формами прояву та механізмами виникнення [201, с. 32]. Проблема потенційної агресії комбатанта після завершення бойових дій висвітлюється у дослідженні Н. Сидорець [278, с. 168]. У сімейній взаємодії це потребує своєчасного розпізнавання ситуацій, у яких напруження переходить у неконтрольовану поведінку.

Практичним інструментом може бути щоденник емоційних тригерів. Комбатант фіксує ситуацію, яка передувала різкому підвищенню напруження, власну емоцію, тілесну реакцію, думку та поведінкову відповідь. Після декількох записів психолог разом із ним визначає повторювані тригери та способи раннього припинення ескалації. Для сім'ї може бути сформований короткий план деескалації, що визначає ознаки наростання напруження, спосіб припинення суперечки, можливість тимчасової паузи та умови повернення до розмови.

У разі виникнення стійких конфліктів доцільним є застосування

сімейної психотерапії. Можливість створювати безпечне середовище для обговорення емоцій, потреб та очікувань членів родини, перегляду розподілу ролей і формування взаємної підтримки [257]. Перевага сімейного формату полягає в тому, що проблема розглядається як характеристика взаємодії. Іншим інструментом є сімейна медіація. На відміну від психотерапії, її основним завданням є врегулювання конкретної суперечки та досягнення прийнятної для сторін домовленості. Медійоване обговорення може стосуватися розподілу обов'язків, фінансових питань, організації догляду, участі родичів у допомозі або планування подальшого життя. Особливості медіації як механізму врегулювання взаємодії розкрито у дослідженні М. Івіної та Т. Коломієць, де акцентовано на можливості визначення власних потреб, взаємного розуміння позицій та формування правил подальшої взаємодії [128].

Під час роботи з родиною може використовуватися арт-терапевтичний підхід. Аналіз дослідження А. Джулай, Т. Перепелюк та С. Ольховецького свідчить про ефективність творчих методів у сприянні емоційному самовираженню, опрацюванні травматичних переживань та оптимізації міжособистісної взаємодії членів родин військовослужбовців [206]. Практично можуть застосовуватися спільний малюнок сім'ї, колажі «Наша сім'я зараз» і «Наше життя через рік», метафоричне зображення ресурсу або спільне створення сімейного символу. Представлені завдання дають можливість говорити про складні переживання опосередковано, через образ, що може бути продуктивним за недостатньої готовності до прямого обговорення травматичного досвіду.

Значний потенціал має ресурсно-орієнтована робота, яка передбачає пошук того, що вже допомогло родині пройти попередні етапи кризи. Її перенесення на сімейний рівень дозволяє аналізувати проблеми та способи, за допомогою яких сім'я зберігає функціональність. Практично може реалізовуватися через вправу «Сімейний ресурс». Кожен член родини визначає три власні ресурси, три ресурси іншого члена сім'ї та три ресурси,

які належать сім'ї як системі. Після цього формується спільний перелік способів підтримки, які допомагають перевести взаємодію від фокусування на дефіцитах до усвідомлення наявних можливостей.

Отже, якість відносин між важкопораненим комбатантом та його родиною визначається сукупною дією психологічних, фізичних, соціальних, рольових, комунікативних, матеріальних та ціннісно-смислових чинників. Їх взаємодія не має лінійного характеру: погіршення одного компонента може створювати додаткове навантаження на інші, а посилення ресурсної складової здатне компенсувати частину негативних впливів, що обумовлює доцільність комплексної сімейної роботи, у межах якої поєднуються психоосвіта, індивідуальне та сімейне консультування, активне слухання, «Я-повідомлення», аналіз сімейних ролей, техніки емоційної саморегуляції, ресурсні вправи, арт-терапевтичні методи, сімейна психотерапія та медіація. Вибір конкретного інструменту має визначатися станом комбатанта, готовністю родини до спільної роботи, характером конфлікту та етапом реабілітації. Застосування зазначених методів було апробовано у межах розробленої програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Її результати засвідчили позитивну динаміку психологічних показників після проходження програми, зокрема зростання задоволеності життям із 18,5±0,35 до 23,9±0,34 бали. Позитивні зміни у сфері сімейної взаємодії розглядалися як наслідок системного впливу особистісно-адаптаційного, емоційно-регуляторного, сімейно-підтримувального та соціально-реінтеграційного компонентів програми.

Таким чином, сімейна взаємодія у період після тяжкого бойового поранення є динамічною системою, у якій стан комбатанта, ресурси родини, характер комунікації, рольова структура, соціальне оточення та перспективи подальшого життя перебувають у постійному взаємозв'язку. Системність створює підстави для переходу від фрагментарної психологічної допомоги до комплексного соціально-психологічного супроводу родини на наступних етапах реабілітації.

Розвиток взаємин між ВК та членами його родини у процесі реабілітації має поетапний характер. Наслідки бойового поранення не обмежуються періодом медичного лікування, тому що поступове відновлення фізичного функціонування супроводжується перебудовою звичних способів взаємодії, сімейних очікувань і повсякденного укладу життя. У процесі реабілітації сімейна система проходить фази, у межах яких змінюється співвідношення потреб комбатанта, ресурсів і можливостей родини, завдань психологічного супроводу. На різних етапах реабілітації визначається доцільність застосування відповідних психологічних методів і форм роботи. З метою систематизації послідовності на основі результатів емпіричного дослідження та апробації авторської програми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів сформовано таблицю 5.10.

Таблиця 5.10

Система практичних засобів психологічного супроводу сімейних відносин на різних етапах реабілітації важкопораненого комбатанта

Етап	Предмет психологічного втручання	Основні форми роботи	Методи та техніки	Показники позитивної динаміки
Гострий період	Емоційна дезорганізація, невизначеність, надмірне напруження родини	Індивідуальні та короткі сімейні консультації	Кризове інтерв'ю, психоосвіта, заземлення, дихальні вправи, «Безпечне місце», карта актуальних потреб	Зниження гострого напруження, поява узгодженості дій, готовність до контакту
Активна реабілітація	Співвідношення допомоги та автономії, мотивація до відновлення, рольова перебудова	Індивідуальна робота та сімейні сесії	«Сходинки самостійності», карта ресурсів, щоденник відновлення, спільне прийняття рішень	Збільшення самостійності, зниження надмірного контролю, участь комбатанта у прийнятті сімейних рішень

Продовження табл. 5.10

Етап	Предмет психологічного втручання	Основні форми роботи	Методи та техніки	Показники позитивної динаміки
Повернення додому	Адаптація повсякденності, тілесні зміни, взаємодія подружжя та дітей	Сімейне консуль-тування, психоосвіта, практичні сімейні вправи	«Нові домовленості», «Я-повідомлення», активне слухання, сімейні ритуали, арт-терапевтичні вправи, реконструкція режиму дня	Стабілізація побутової взаємодії, зменшення повторюваних конфліктів, розширення спільної активності
Довготривала соціальна адаптація	Життєва перспектива, соціальна активність, стійкість сімейної системи	Сімейна психотерапія, групова робота, соціально-психологічний супровід	Життєве проєктування, смисложиттєва бесіда, групи взаємодопомоги, соціальна експозиція, медіація, профілактичний моніторинг	Сформовані спільні цілі, відновлення соціальної активності, здатність сім’ї самостійно розв’язувати нові проблеми

Наведена система демонструє, що психологічна робота з родиною повинна змінюватися разом із характером завдань, які постають перед комбатантом. На початку переважають методи, спрямовані на регуляцію стану та структурування ситуації. У процесі активної реабілітації центр роботи зміщується до відновлення суб’єктності. Після повернення додому основним полем психологічної роботи стає організація спільного повсякденного життя, а в довготривалій перспективі – формування стійкої моделі сімейного та соціального функціонування. Послідовність дає змогу уникнути двох крайнощів у роботі з родиною. Вона пов’язана з гіперопікою, коли допомога поступово заміщує власну активність комбатанта; з передчасним очікуванням повної самостійності, коли від людини вимагають рівня функціонування, який ще не відповідає її фізичному та психологічному стану.

Тому критерієм вибору втручання повинна бути актуальна функціональна готовність комбатанта та сімейної системи, що узгоджується

з результатами емпіричного дослідження. Виявлений середній рівень адаптації, значна частка учасників із низьким рівнем адаптації, підвищені показники депресивних та тривожних проявів, недостатній рівень соціальної підтримки та неоднорідність сімейного функціонування свідчать про те, що родини потребують різного за інтенсивністю та змістом психологічного супроводу. Установлений позитивний зв'язок адаптаційної динаміки з тривалістю реабілітації та статистично значущі зміни після 12 місяців ($p<0,001$) підтверджують доцільність довготривалої, поетапної роботи. Апробація розробленої шестимісячної програми засвідчила необхідність поєднання особистісної, емоційно-регуляторної, сімейної та соціально-реінтеграційної роботи. Позитивна динаміка показників після завершення програми підтвердила, що зміни у психологічному функціонуванні комбатанта пов'язані з комплексом чинників, серед яких сімейна підтримка посідає окреме місце.

Сімейна підтримка не повинна ототожнюватися з постійною присутністю чи виконанням за комбатанта більшості повсякденних функцій. Її психологічна ефективність визначається тим, наскільки вона сприяє відновленню контролю людини над власним життям. Тому у практичній роботі доцільно поступово переводити родину від моделі «ми доглядаємо за пораненим» до моделі «ми разом організовуємо нове сімейне життя». Завдання психолога полягає у збереженні зрозумілого для дитини емоційного контакту та включенні її у сімейну взаємодію відповідно до віку, без покладання на неї функцій догляду за дорослим.

Закономірність розвитку сімейних відносин після тяжкого бойового поранення полягає у послідовному переході від реагування на травматичну ситуацію до активної перебудови сімейної системи та подальшого формування спільної перспективи, практична цінність якого полягає у можливості співвіднести конкретний етап реабілітації з відповідними методами психологічної роботи, не переносячи однакові форми втручання на всі періоди.

Таким чином, сімейні стосунки після тяжкого бойового поранення доцільно розглядати як динамічну систему, у якій зміни одного з компонентів позначаються на характері функціонування всієї родини. Їх гармонізація передбачає поступове формування нового способу організації спільного життя, у якому наслідки бойового поранення інтегруються у

сімейну систему, зберігається суб'єктність комбатанта, враховуються ресурси та потреби членів сім'ї, створюються умови для подальшого розвитку.

На цій основі розроблено модель відносин (рис. 5.4), яка ґрунтується на результатах проведеного емпіричного дослідження, апробації авторської програми соціально-психологічної адаптації, теоретичному аналізі проблеми й узагальненні практичного досвіду психологічного супроводу.

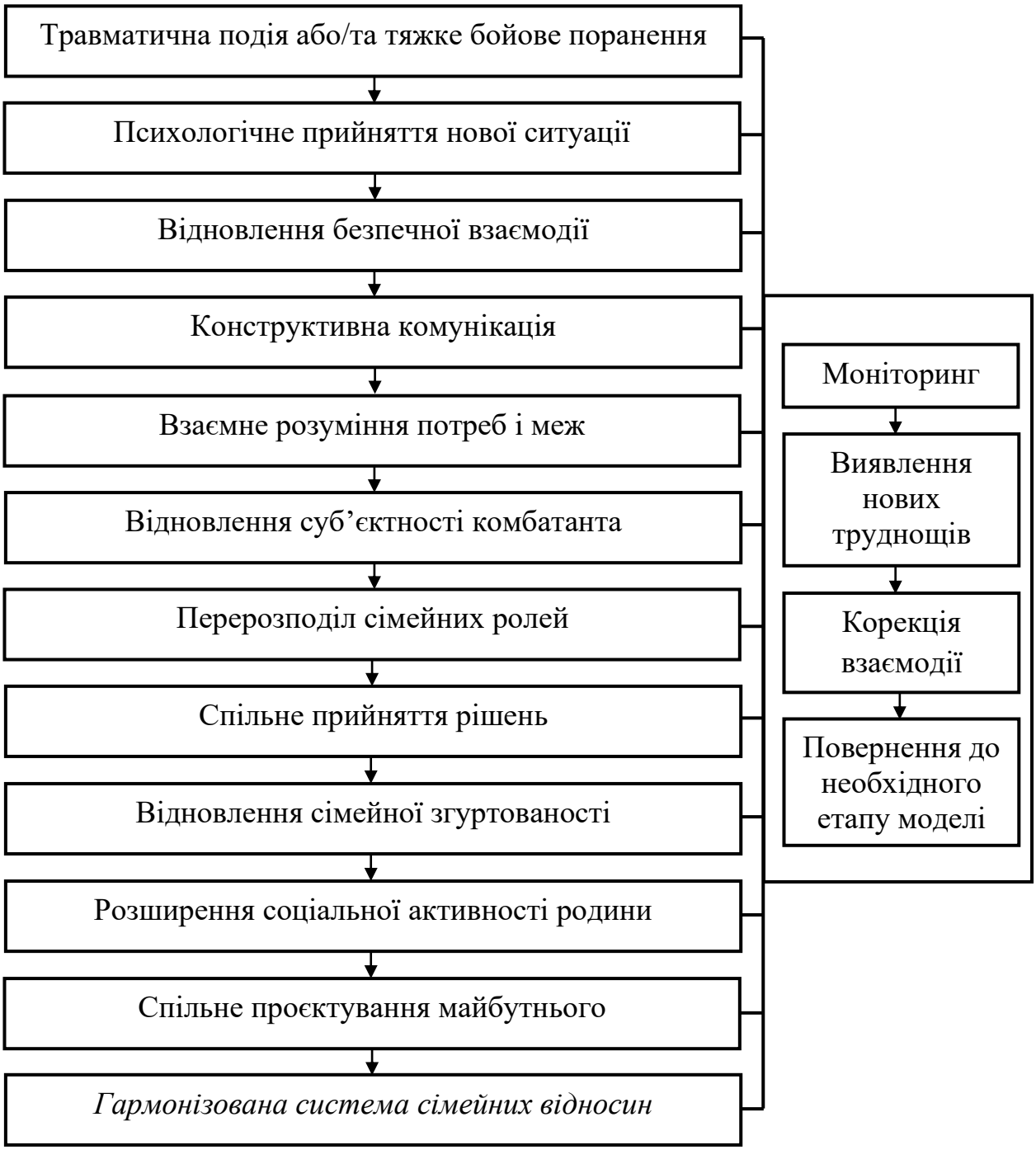


Рис. 5.4. Модель гармонізації відносин між важкопораненим комбатантом та його родиною

Сімейна система може повертатися до попереднього етапу у зв’язку з погіршенням фізичного стану, появою нового обмеження, зміною професійної ситуації, загостренням подружнього конфлікту, труднощами дітей або іншими життєвими обставинами. Тому модель має циклічно-рекурсивну будову: досягнутий рівень взаємодії може бути переглянутий, а окремі елементи – повторно активовані.

Початковий блок моделі пов’язаний із формуванням у комбатанта та членів його родини реалістичного розуміння змін, які відбулися. Стосується поступового усвідомлення нових обставин без заперечення їхньої складності. У практичній роботі доцільним є застосування техніки реконструкції життєвої ситуації. Комбатант разом із психологом визначає три площини:

1. Як було до поранення?

2. Що змінилося?

3. Що може бути сформовано заново?

Структура допомагає уникати фіксації винятково на втратах. Для родини корисною може бути техніка «Коло впливу», за допомогою якої розмежовуються обставини, які сім’я може змінювати, на які може впливати та які перебувають поза її контролем. Її застосування спрямоване на зменшення виснажливої боротьби з неконтрольованими обставинами. Потрібно використовувати елементи позитивної психотерапії, зокрема пошук актуальних ресурсів і сильних сторін сімейної системи.

Блок «Психологічне прийняття нової ситуації» стосується формування психологічно безпечного простору всередині родини. Його сутність полягає у можливості висловлювати біль, страх, роздратування, сором, втому чи невдоволення без автоматичного перетворення кожної думки на конфлікт. Для сімей важкопоранених комбатантів можуть бути актуальними уникнення, емоційні бар’єри, негативні установки, труднощі слухання та нерозуміння справжнього змісту повідомлення. У моделі передбачено застосування структурованого сімейного діалогу. Його учасники по черзі відповідають на запитання:

- Що зі мною зараз відбувається?
- Чого я потребую від сім’ї?
- Що я можу дати сім’ї зараз?

Варто пам’ятати про правило відтермінування оцінки. Висловлювання одного учасника не спростовується та не коментується іншим до завершення його повідомлення. Техніка переводить взаємодію від звинувачень до обміну інформацією про потреби.

У межах третього блоку комунікація розглядається як інструмент регуляції сімейної системи. Через неї родина погоджує межі, розподіляє відповідальність, обговорює фізичні обмеження, фінансові питання, виховання дітей та перспективи подальшого життя. Наприклад, замість висловлювання «Ти нічого не хочеш робити» формується повідомлення: «Я хвилююся, коли бачу, що ти весь день залишаєшся вдома, і хочу зрозуміти, що тобі зараз заважає бути активнішим». Під час сімейних консультацій може застосовуватися комунікативний таймер. Кожному члену родини надається обмежений проміжок часу для висловлення позиції без переривання. Після цього інший учасник повинен спочатку відтворити почуте власними словами і лише потім висловити власну позицію.

Взаємне розуміння потреб і меж є принциповим для профілактики прихованого сімейного напруження. Після тяжкого поранення члени родини можуть мати різні уявлення про те, скільки допомоги потрібно комбатанту, наскільки він готовий до самостійності та які форми підтримки є для нього прийнятними. Можна застосувати техніку «Карти потреб і меж». Її сутність полягає у спільному визначенні чотирьох категорій:

- що комбатант може робити самостійно;
- у чому він потребує допомоги;
- яку допомогу він не хоче отримувати;
- де родині потрібна його участь.

Карта періодично переглядається відповідно до змін фізичного та психологічного стану. Таким чином, допомога перестає бути фіксованою

характеристикою сімейних стосунків. Підтримка не повинна позбавляти автономії.

Відновлення суб'єктності комбатанта є центральним блоком у запропонованій моделі. Тяжке поранення здатне змінити функціональні можливості людини, її позицію у сім'ї. Якщо всі рішення починають прийматися без її участі, формується пасивна роль, яка з часом може закріпитися. Для протидії цьому пропонується техніка «Сфери контролю», за якою разом із комбатантом визначаються рішення, які він приймає самостійно, рішення, що потребують спільного обговорення, та питання, де рішення тимчасово приймають інші члени сім'ї. Ефективним інструментом може бути щоденник автономності, у якому фіксуються дії, виконані самостійно, рішення, прийняті комбатантом, та ситуації, у яких він зміг вплинути на організацію сімейного життя.

Перерозподіл сімейних ролей у запропонованій моделі не передбачає механічного заміщення функцій комбатанта іншими членами сім'ї. Його метою є створення гнучкої рольової системи, яка може адаптуватися до зміни фізичних можливостей. Практичним інструментом є «Матриця сімейних ролей», де зазначаються основні сфери сімейного життя: фінанси, побут, виховання дітей, організація дозвілля, соціальні контакти, медичні питання, прийняття стратегічних рішень. Навпроти них визначається фактичний і бажаний виконавець, можливість поступового повернення функції комбатанту. Матриця дозволяє виявити приховану проблему: член родини може виконувати певну функцію не тому, що це необхідно, а тому, що вона поступово стала звичною.

Після встановлення нових меж і ролей формується наступний рівень – здатність сім'ї приймати рішення як спільна система. Спочатку родина визначає проблему без оцінок, потім з'ясовує потреби кожного, формує декілька можливих рішень, обирає прийнятний варіант і через визначений час перевіряє його результативність. Алгоритм може використовуватися щодо побутових питань, професійної діяльності, лікування, фінансів, дозвілля,

виховання дітей та організації спільного часу. Для конфліктних ситуацій у моделі передбачено використання сімейної медіації. Її застосування доцільне тоді, коли звичайного сімейного діалогу вже недостатньо.

Гармонізація не може ґрунтуватися винятково на обговоренні проблем. Сім'я потребує досвіду позитивної взаємодії, який не пов'язаний із лікуванням, пораненням або контролем стану здоров'я. Тому варто використати техніку «Спільний досвід». Родина щотижня планує одну діяльність, яка відповідає можливостям комбатанта і не має терапевтичної мети. Наприклад, спільний перегляд фільму, прогулянка, приготування їжі, гра з дітьми, невелика поїздка або інша доступна активність. Психологічний сенс практики полягає у формуванні нових сімейних спогадів, у яких комбатант постає як партнер, батько, чоловік чи інший значущий член родини.

Блок «Розширення соціальної активності родини» виводить систему відносин за межі домашнього простору. Тривале зосередження на лікуванні звужує соціальне життя сім'ї, створює відчуття ізоляції та закріплює ідентичність «родини пораненого». Відновлення соціальної активності можна реалізувати через «Сходинки дій»:

- короткотривала активність поза домом;
- відвідування невеликої групи людей;
- участь у ветеранському заході;
- відновлення професійних контактів;
- волонтерська діяльність тощо.

Фінальним блоком моделі є перехід від адаптації до проєктування подальшого життя. Якщо сім'я постійно організовує життя навколо наслідків поранення, травматична подія продовжує визначати її майбутнє. Завдання цього етапу полягає у формуванні перспективи, яка включає поранення у життєву історію, але не дозволяє йому визначати всю подальшу біографію людини. Буде доцільно застосувати техніку «Сімейні часові перспективи». Родина формує три горизонти: найближчі три місяці, один рік і три роки, для яких визначаються особисті цілі комбатанта, інших членів сім'ї та спільні. У

моделі часову перспективу запропоновано використовувати як інструмент відновлення спрямованості сімейного життя у майбутнє. Вона може доповнюватися елементами логотерапевтичного підходу, де питання психолога зміщується від «Як повернути все, як було?» до «Яким може стати життя після того, що сталося?». Зміна питання відкриває можливість для формування нової життєвої конструкції.

Принципова відмінність конструкції від ситуативної психологічної допомоги полягає в тому, що кожен наступний контур змінює функцію попереднього. Після стабілізації родина не залишається у режимі постійного контролю стану комбатанта. Після реконструкції ролей вона не фіксується на новому розподілі обов'язків. Після відновлення автономії сім'я переходить до спільного планування майбутнього. Тому запропоновану модель можна представити як перехід від режиму реагування до режиму спільного розвитку.

Результати проведеного емпіричного дослідження набувають особливого методологічного значення. Виявлений взаємозв'язок між адаптаційними показниками, емоційним станом, життєзадоволеністю, резильєнтністю та соціальною підтримкою показав, що ізольоване посилення одного ресурсу не забезпечує повноцінного відновлення. Позитивна динаміка після тривалішого періоду реабілітації та результати апробації авторської програми підтверджують необхідність комплексного впливу.

Практична цінність моделі полягає у можливості її використання як структурної основи для діяльності психологів, реабілітологів, соціальних працівників та інших фахівців, залучених до довготривалого супроводу комбатанта і його родини.

Отже, сімейні відносини після тяжкого бойового поранення є самостійним напрямом реабілітаційного процесу. Їхня якість пов'язана зі здатністю комбатанта відновлювати автономію, підтримувати соціальну активність, формувати позитивну часову перспективу й інтегрувати досвід поранення у подальшу життєву історію. Результати власного емпіричного дослідження та апробації авторської програми дали підстави розглядати

сімейну взаємодію як багаторівневий ресурс адаптації. Її ефективність визначається узгодженістю особистісних ресурсів комбатанта, психологічними можливостями членів родини, характером комунікації, гнучкістю ролей, соціальною підтримкою та здатністю сім'ї формувати спільні цілі. Розроблена модель гармонізації переводить положення у практичну площину. Її принципова новизна полягає у відмові від орієнтації на просте «відновлення колишніх стосунків». Запропоновано модель переходу до нової системи сімейної взаємодії, у якій комбатант зберігає суб'єктність, члени родини мають власні ресурси та межі, а спільне життя будується на переглянутих ролях, взаємній відповідальності та перспективі майбутнього. У такому розумінні сімейна гармонізація є здатністю сім'ї самостійно відновлювати рівновагу після нових змін, домовлятися, переглядати правила та продовжувати спільний розвиток. Вона є ключовим критерієм успішної соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

5.6. Модель психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Отже, проведений теоретичний аналіз, результати емпіричного дослідження та практична апробація програми дали змогу сформувати модель психологічного забезпечення процесу СПА важкопоранених комбатантів. На відміну від наявних підходів, що переважно орієнтовані на корекцію окремих психоемоційних порушень або лікування посттравматичного стресового розладу, вона ґрунтується на комплексному розумінні адаптації як процесу психологічної перебудови особистості, який охоплює відновлення емоційної рівноваги, реконструкцію соціальних ролей, розвиток особистісних ресурсів і формування нової життєвої перспективи.

Основною особливістю запропонованої моделі є її побудова навколо адаптаційного потенціалу особистості. Проведене дослідження показало, що успішність соціально-психологічної адаптації визначається характером взаємодії внутрішніх ресурсів особистості із зовнішнім соціальним середовищем. Психологічна допомога повинна бути спрямована на зменшення

проявів тривожності, депресії чи посттравматичного стресу, розвиток психологічної стійкості, самоефективності, здатності до саморегуляції, відновлення соціальної активності та формування нової системи життєвих смислів.

На основі одержаних результатів визначено п’ять компонентів моделі психологічного забезпечення, які представлено у табл. 5.11.

Таблиця 5.11

Модель психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

№ п/п	Компонент моделі	Зміст компонента	Основні завдання психологічного забезпечення	Очікуваний результат
1.	Діагно-стико-прогно-стичний	Комплексна психологічна оцінка психоемоційного стану, адаптаційного потенціалу, рівня соціальної підтри-мки, психологічної стійкості, депресії, тривожності; визначення факторів ризику розвитку дезадаптації	Проведення психодіагно-стики; визначення індивідуальних потреб, прогнозування перебігу адаптації, формування індивідуального маршруту психологічного супроводу	Визначення вихідного рівня соціально-психологічної адаптації та індивідуалі-зація подальшої психологічної роботи
2.	Стабіліза-ційно-ресурсний	Відновлення емоційної рівноваги, зниження психоемоційної напруги, активізація внутрішніх психологічних ресурсів, формування відчуття безпеки та контролю над власним життям	Зменшення проявів тривожності, депресивних переживань, психологічного виснаження, розвиток психологічної стійкості та навичок емоційної саморегуляції	Стабілізація психоемо-ційного стану, підвищення мотивації до лікування та психологічної реабілітації

Продовження табл. 5.6

№ п/п	Компонент моделі	Зміст компонента	Основні завдання психологічного забезпечення	Очікуваний результат
3.	Реконструктивно-особистісний	Переосмислення бойового досвіду, прийняття наслідків поранення, відновлення позитивної «Я-концепції», формування нової особистісної ідентичності та життєвих перспектив	Подолання почуття провини, сорому, безпорадності; розвиток самоефективності, формування нових життєвих цілей і смислів	Відновлення особистісної цілісності, психологічної автономії та готовності до активної життєдіяльності
4.	Соціально-реінтеграційний	Відновлення соціального функціонування, сімейних взаємин, професійної активності та соціальної взаємодії, формування сприятливого соціального середовища	Розвиток комунікативної компетентності, залучення сім'ї до реабілітації, підготовка до професійної та соціальної реінтеграції, взаємодія із ветеранськими службами та громадою	Підвищення рівня соціальної адаптованості, відновлення соціальних ролей та активної участі у суспільному житті
5.	Підтримувально-моніторинговий	Довготривалий психологічний супровід після завершення основного курсу реабілітації, оцінювання динаміки психологічного стану та своєчасна профілактика повторної дезадаптації	Періодичний психологічний моніторинг; корекція індивідуальної програми; підтримка психологічної стійкості, профілактика повторного розвитку психоемоційних порушень	Стійке збереження результатів соціально-психологічної адаптації, підвищення якості життя та успішна довготривала соціальна інтеграція

Запропонована модель ґрунтується на системі принципів психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. До основних принципів належать:

– принцип безперервності психологічного супроводу, який передбачає його здійснення від моменту госпіталізації до досягнення максимально можливого рівня соціальної інтеграції та самостійного функціонування;

– принцип індивідуалізації, відповідно до якого зміст, форми та інтенсивність психологічної допомоги визначаються актуальними психологічними потребами, ресурсами та особливостями адаптаційного потенціалу конкретної особистості;

– принцип ресурсної спрямованості, що орієнтує психологічну допомогу на виявлення, актуалізацію та розвиток сильних сторін особистості, формування психологічної стійкості, самоефективності та конструктивних способів подолання труднощів;

– принцип сімейно-орієнтованого супроводу, який передбачає активне залучення членів сім’ї до реабілітаційного процесу, їх психологічну підтримку та формування сприятливого сімейного середовища для відновлення комбатанта;

– принцип мультидисциплінарної взаємодії, що забезпечує узгоджену діяльність психолога, лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, соціального працівника та інших фахівців відповідно до індивідуальних потреб важкопораненого комбатанта.

Практична цінність моделі полягає у можливості її застосування в закладах охорони здоров’я, реабілітаційних центрах, ветеранських просторах, центрах життєстійкості, підрозділах психологічної підтримки сил безпеки і оборони, у діяльності фахівців із соціальної роботи. Може використовуватися як алгоритм організації психологічного супроводу, основа для індивідуалізації реабілітаційних програм та інструмент

оцінювання ефективності соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів на різних етапах їхнього відновлення.

Таким чином, модель психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації ВК інтегрує результати теоретичного аналізу, власного емпіричного дослідження та практичної апробації розробленої програми. Її наукова новизна полягає у розгляді соціально-психологічної адаптації як безперервного багаторівневого процесу розвитку адаптаційного потенціалу особистості, що реалізується через послідовне поєднання психологічної діагностики, стабілізації емоційного стану, реконструкції особистісної ідентичності, соціальної реінтеграції та довготривалого психологічного супроводу.

За результатами проведеного дослідження сформульовано основні положення щодо психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів:

1. Соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є самостійним багаторівневим психологічним процесом, що охоплює перебудову когнітивної, емоційної, мотиваційної та поведінкової сфер особистості. Її успішність визначається здатністю особистості інтегрувати травматичний досвід у власну систему життєвих цінностей і смислів, прийняти зміни, зумовлені пораненням, відновити відчуття суб’єктності та сформувати нову життєву перспективу.

2. Основним психологічним механізмом успішної адаптації є розвиток адаптаційного потенціалу особистості. Установлено, що поєднання психологічної стійкості, конструктивної емоційної саморегуляції, достатнього рівня СП, позитивної «Я-концепції» та сформованої мотивації до подальшого життя забезпечує стійке відновлення соціального функціонування. Ізольована корекція окремих психоемоційних проявів без розвитку зазначених ресурсів не забезпечує довготривалого адаптаційного ефекту.

3. Процес адаптації має нелінійний характер. На різних етапах реабілітації актуалізуються різні психологічні потреби, що обумовлює необхідність постійної модифікації змісту психологічного супроводу. Психологічна допомога повинна здійснюватися за принципом гнучкого реагування на динаміку психологічного стану важкопораненого комбатанта.

4. Вона повинна забезпечувати безперервність психологічного супроводу, здійснюватися на всіх етапах відновлення, забезпечуючи своєчасне виявлення ризиків повторної дезадаптації та їх психологічну профілактику.

Практична реалізація запропонованої моделі підтвердила її ефективність. Результати повторної психодіагностики після завершення програми соціально-психологічної адаптації засвідчили позитивну динаміку за більшістю досліджуваних показників, що проявилося у підвищенні рівня СПА, психологічної стійкості, задоволеності життям і сприйняття соціальної підтримки, зниженні вираженості депресивної та тривожної симптоматики, що свідчить, що вона є теоретично обґрунтованою та практично ефективною в умовах комплексної реабілітації важкопоранених комбатантів.

Таким чином, модель психологічного забезпечення процесу соціально-психологічної адаптації ВК становить цілісну систему компонентів, реалізація яких забезпечує розвиток адаптаційного потенціалу особистості, відновлення її психологічного благополуччя та створення передумов для успішної соціальної реінтеграції. Запропонована модель може бути використана як концептуальна основа для вдосконалення діяльності психологів закладів охорони здоров’я, реабілітаційних центрів, ветеранських просторів та інших установ, що здійснюють психологічний супровід важкопоранених комбатантів.

Висновки до розділу

У розділі визначено методологічні та змістовно-процесуальні засади інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та обґрунтовано роль родини як провідного чинника соціально-психологічної адаптації цієї категорії осіб.

На основі результатів констатувального етапу дослідження розроблено комплексну програму соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, побудовану відповідно до виявленої факторної структури адаптаційного процесу. Програма реалізується через низку модулів (діагностико-прогностичний, стабілізаційно-ресурсний, реконструктивно-особистісний, соціально-реінтеграційний, підтримувально-моніторинговий) та спрямована на розвиток адаптаційних ресурсів особистості, формування навичок емоційної саморегуляції, зміцнення сімейної взаємодії, активізацію соціальної підтримки й підвищення готовності до професійної та соціальної реінтеграції.

На основі аналізу сучасних психологічних досліджень і результатів емпіричного дослідження уточнено визначення родини важкопораненого комбатанта як соціально-психологічної системи, що об’єднує близьких осіб спільною відповідальністю за його фізичне, психологічне та соціальне відновлення, мобілізує внутрішні та зовнішні ресурси, координує процес його повсякденної підтримки й одночасно проходить власний шлях адаптації до нових умов функціонування.

Обґрунтовано функціональну модель родини як соціально-психологічного середовища адаптації важкопораненого комбатанта, яка включає адаптаційну, емоційно-регулятивну, реабілітаційну, мотиваційну та соціально-інтегративну функції. Доведено, що їх ефективна реалізація визначає темпи психологічного відновлення, рівень життєстійкості, мотивацію до реабілітації та успішність соціальної реінтеграції військовослужбовця. Установлено, що адаптаційний потенціал родини формується завдяки емоційній згуртованості, взаємній довірі, ефективній

комунікації, гнучкому розподілу сімейних ролей, готовності до взаємної підтримки та здатності конструктивно долати кризові ситуації. Запропоновано типологію родин важкопоранених комбатантів за рівнем адаптаційного потенціалу (ресурсна, компенсаторна, вразлива, дезадаптивна), яка може використовуватися під час психологічної діагностики та планування сімейно-орієнтованого психологічного супроводу.

На відміну від традиційного розуміння сім'ї як найближчого соціального оточення, доведено, що після тяжкого бойового поранення вона трансформується в цілісну соціально-психологічну систему, яка забезпечує безперервність фізичного, психологічного та соціального відновлення військовослужбовця.

Визначено, що центральне місце у процесі соціально-психологічної адаптації займає подружжя як основне джерело емоційної підтримки та реабілітаційного партнерства. Показано особливості участі дітей, батьків і інших членів родини у відновленні важкопораненого комбатанта, а також доведено, що ефективність їхнього впливу визначається узгодженістю сімейної взаємодії та рівнем психологічної ресурсності всієї родини.

Уперше запропоновано трактування поведінки опікуна як цілісної системи емоційних, когнітивних, комунікативних та поведінкових проявів, спрямованих на забезпечення фізичного догляду, психологічної підтримки, соціально-психологічної адаптації та особистісного відновлення військовослужбовця. З'ясовано, що її ефективність визначається рівнем його психологічної стійкості, особливостями сімейної системи, тяжкістю поранення, соціальною підтримкою та якістю взаємодії з мультидисциплінарною реабілітаційною командою.

Розроблено систематизацію чинників, які визначають поведінку опікуна, та систему принципів ефективної взаємодії з важкопораненим комбатантом, що ґрунтується на повазі до особистісної автономії, підтримці без формування залежності, відкритій комунікації, партнерській взаємодії, забезпеченні емоційної безпеки та збереженні психологічних ресурсів

опікуна. Запропоновано практичні моделі поведінки опікуна відповідно до актуальних психологічних потреб військовослужбовця на різних етапах його реабілітації.

Доведено, що відносини між важкопораненим комбатантом та його родиною після бойового поранення набувають системного характеру та проходять закономірну трансформацію, яка супроводжується перебудовою сімейних ролей, зміною характеру комунікації, емоційної взаємодії, довіри, взаємної підтримки й розподілу відповідальності. Установлено, що якість стосунків визначається сукупністю психологічних, соціальних та медико-реабілітаційних чинників, серед яких провідне значення мають психологічний стан комбатанта і членів його родини, стиль сімейної комунікації, рівень згуртованості, тяжкість поранення, тривалість лікування, соціальна підтримка, економічні умови та попередній досвід подолання кризових ситуацій. Показано, що розвиток відносин має етапний характер і змінюється відповідно до стадій лікування, реабілітації, повернення військовослужбовця до сім'ї та його довготривалої соціальної адаптації. На кожному з етапів трансформуються психологічні потреби комбатанта, зміст сімейної взаємодії, рівень відповідальності членів родини та механізми їх взаємної підтримки.

Розроблено модель гармонізації стосунків, яка охоплює компоненти: психологічне прийняття ситуації, конструктивну комунікацію, взаємну підтримку, спільне прийняття рішень, розвиток автономії ветерана, відновлення ролей та соціальну інтеграцію родини. Обґрунтовано, що її реалізація сприяє зміцненню адаптаційного потенціалу сім'ї, підвищенню ефективності соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта та забезпечує цілісність сімейної системи в умовах тривалої реабілітації.

Підтверджено, що високий рівень згуртованості, емоційної підтримки та задоволеності взаєминами статистично пов'язаний із кращими показниками соціально-психологічної адаптації, життєстійкості, психологічного благополуччя та соціального функціонування важкопоранених комбатантів.

Дефіцит сімейної підтримки, порушення комунікації, конфліктність і емоційне дистанціювання асоціюються зі зростанням емоційного дискомфорту, тривожності, депресивних проявів і труднощами соціальної реінтеграції. Наголошено на доцільності упровадження сімейно-орієнтованої моделі психологічного супроводу як складової комплексної реабілітації важкопоранених комбатантів.

За результатами формувального експерименту підтверджено ефективність програми соціально-психологічного супроводу важкопоранених комбатантів. Результати дисперсійного аналізу підтвердили позитивну динаміку більшості показників адаптації важкопоранених комбатантів залежно від тривалості реабілітаційного періоду та засвідчили поступове відновлення їх особистісних і соціальних ресурсів у процесі психологічної та соціальної реінтеграції. Крім того, статистично значущі відмінності встановлено за соціально-психологічною адаптацією ($F=38,41$; $p<0,001$), суб'єктивним благополуччям ($F=42,73$; $p<0,001$), життєстійкістю ($F=31,54$; $p<0,001$), депресивністю ($F=36,88$; $p<0,001$) і тривожністю ($F=41,25$; $p<0,001$). За критерієм Вілкоксона встановлено статистично значуще підвищення рівня соціально-психологічної адаптації ($Z=-11,84$; $p<0,001$), суб'єктивного благополуччя ($Z=-11,36$; $p<0,001$), життєстійкості ($Z=-9,14$; $p<0,001$) та задоволеності життям ($Z=-8,62$; $p<0,001$), а також зниження депресивності ($Z=-9,57$; $p<0,001$) і тривожності ($Z=-8,94$; $p<0,001$). Одержані результати підтвердили всі висунуті робочі гіпотези дослідження, засвідчили ефективність розробленої програми й обґрунтували доцільність її використання у системі психологічної реабілітації та соціальної реінтеграції зазначеної категорії осіб.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.11; 2.14; 2.15; 2.22; 3.9; 3.12; 3.15].

РОЗДІЛ 6

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ВАЖКОПОРАНЕНИХ КОМБАТАНТІВ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

6.1. Державні проєкти щодо підтримки соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів є багатовимірним процесом, детермінованим індивідуально-психологічними характеристиками особистості, особливостями її соціального оточення, сімейного функціонування, доступністю психологічної допомоги та якістю соціальної підтримки. Встановлені взаємозв'язки між показниками життєстійкості, суб'єктивного благополуччя, СП, сімейної згуртованості й успішністю адаптаційних процесів дозволяють розглядати відновлення після важкого поранення як внутрішньоособистісне завдання та комплексний соціально-психологічний феномен.

У зв'язку з цим постає необхідність аналізу ширшого контексту адаптаційних процесів, у межах якого відбувається повернення комбатанта до мирного життя. Якщо на індивідуальному рівні провідне значення мають особистісні ресурси та механізми психологічної саморегуляції, то на макросоціальному рівні основну роль починають відігравати державна ветеранська політика, система соціального захисту, реабілітаційні програми та інституційні механізми підтримки. Вони створюють соціальне середовище,

яке може сприяти відновленню психологічного благополуччя та посилювати ризики дезадаптації.

Сучасна парадигма соціально-психологічної адаптації ветеранів війни орієнтується на екологічний та системний підхід, відповідно до якого успішність реінтеграції визначається станом особистості, здатністю суспільства створювати умови для відновлення її соціальної суб'єктності, почуття приналежності, соціальної значущості та контролю над власним життям.

Державні програми підтримки доцільно розглядати як механізми соціального забезпечення, інструменти формування психологічних ресурсів адаптації, відновлення соціальних ролей та зміцнення соціального капіталу особистості.

Аналіз сучасної нормативно-правової бази свідчить про поступовий перехід від компенсаційної моделі підтримки ветеранів до комплексної моделі супроводу, яка охоплює медичну, психологічну, соціальну, освітню, професійну та громадську сфери життєдіяльності. Відповідно до Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року основним завданням держави визначено забезпечення відновлення людського капіталу, підтримки психічного здоров'я, розвитку соціальної активності та повернення ветеранів до повноцінного життя в громаді [242]. З огляду на це державні проєкти, спрямовані на підтримку важкопоранених комбатантів, доцільно систематизувати відповідно до їхнього провідного соціально-психологічного призначення (рис. 6.1). Такий підхід дає змогу розглядати їх як взаємопов'язані інструменти формування комплексного адаптаційного середовища, спрямованого на відновлення особистісного функціонування, підтримання соціальної включеності та забезпечення психологічного благополуччя ветеранів.



Рис. 6.1. Державні проєкти як чинник соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

У системі державної підтримки важкопоранених комбатантів проєкти відновлення психологічного та фізичного функціонування утворюють окремий напрям макросоціального забезпечення СПА. Їх зміст зосереджений на створенні нормативно врегульованих умов для відновлення психічного здоров'я, компенсації функціональних обмежень, формування індивідуальних реабілітаційних маршрутів і підтримання активної участі особистості в соціальному житті. Система ґрунтується на положенні про взаємозалежність фізичного стану, психологічного благополуччя та рівня соціального функціонування людини, що зазнала тяжкого поранення.

Механізмом державного регулювання адаптаційних процесів є система оцінювання повсякденного функціонування особи, запроваджена постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 [86]. Її концептуальна основа пов'язана зі зміщенням акценту від встановлення факту втрати працездатності до визначення реальних можливостей людини здійснювати повсякденну діяльність у різних сферах життя. Вона відображає зміну парадигми державної реабілітаційної політики, у межах якої обмеження життєдіяльності розглядаються крізь призму потенціалу особистості до відновлення та соціальної участі; створює умови для збереження суб'єктної позиції комбатанта, підтримання мотивації до відновлення та формування перспективи подальшого життєвого розвитку.

Державним проєктом є формування індивідуальної програми реабілітації, що охоплює медичну, соціальну, освітню, професійну та фізкультурно-спортивну сфери. Вона затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 року № 1021 [90]. Структура програми відображає сучасне розуміння адаптації як багатовимірного процесу, в якому відновлення фізичних функцій пов'язане з відновленням соціальних ролей, професійної активності та міжособистісних взаємин. Інтеграція різних напрямів допомоги в єдину систему сприяє узгодженню реабілітаційних заходів і знижує ризик фрагментарності підтримки, яка часто супроводжує осіб із тяжкими травматичними ушкодженнями. На рівні державної політики

психічного здоров’я зазначена логіка реалізується через Порядок та умови надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їхніх сімей та деяким іншим категоріям осіб, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 16 серпня 2024 року № 953 [235]. Інституціоналізація психологічної допомоги засвідчує визнання психічного здоров’я складовою національної системи соціальної безпеки. Психологічна підтримка перестає бути епізодичною формою допомоги та набуває ознак системного державного ресурсу. Соціально-психологічний ефект проявляється у зниженні бар’єрів звернення за допомогою, нормалізації практик психологічної підтримки та формуванні довіри до соціальних інституцій.

Державні програми ментальної, психологічної, фізичної та спортивної реабілітації ветеранів війни, передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 18 березня 2024 року № 307, відображають біопсихосоціальний підхід до відновлення, відповідно до якого фізичне здоров’я, психічний стан та соціальне функціонування розглядаються як взаємопов’язані компоненти єдиного процесу адаптації [87]. За такої моделі відновлення рухової активності, участь у спортивних заходах, психологічний супровід і професійна адаптація інтегруються в цілісну систему підтримки, що створює передумови для зниження проявів психоемоційної дезадаптації, відновлення життєстійкості та формування нових способів соціальної самореалізації.

До першої групи належить експериментальний проєкт щодо надання учасникам бойових дій та особам з інвалідністю внаслідок війни допомоги для занять фізичною культурою та спортом, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 січня 2025 року № 2 [238]. На відміну від реабілітаційних заходів, орієнтованих на відновлення втрачених функцій, він спрямований на розширення можливостей активної участі ветеранів у спортивній діяльності. Фізична культура і спорт постають засобами підтримання фізичного стану, формами включення особистості у соціальні практики взаємодії, співробітництва та досягнення спільних цілей. Участь у спортивних активностях сприяє відновленню впевненості у власних силах, підтриманню позитивної самооцінки

та розширенню соціальних контактів. На макросоціальному рівні реалізація проєкту засвідчує інституційне визнання адаптивного спорту як складової державної політики відновлення ветеранів війни та формує додаткові умови для підтримання їхньої соціальної активності.

Аналіз зазначених державних проєктів дає підстави розглядати їх як взаємопов'язану систему макросоціальних ресурсів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Їх спільна функція полягає у створенні інституційних умов для відновлення психологічної стійкості, підтримання соціальної активності, розширення можливостей самостійного функціонування та поступового повернення особистості до повноцінної участі в суспільному житті.

Другу групу становлять проєкти соціального супроводу та координації допомоги. Їх поява зумовлена необхідністю подолання інституційної розрізненості послуг, за якої отримання медичної, психологічної, соціальної, правової чи освітньої підтримки потребує взаємодії з різними державними установами. Адаптаційний потенціал особистості значною мірою залежить від наявності ресурсів підтримки, а також від спроможності відповідної системи забезпечити їх доступність, узгодженість і послідовність. У сучасній ветеранській політиці набуває поширення підхід, відповідно до якого СПА розглядається як результат взаємодії особистості із системою соціальних інститутів, відповідальних за супровід її життєвого маршруту.

До цієї групи належить оцінювання повсякденного функціонування особи, запроваджене постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338 [86]. Зміст механізму полягає у визначенні ступеня обмежень життєдіяльності людини та встановленні її потреб у подальшій підтримці. У площині соціально-психологічної адаптації оцінювання виконує функцію об'єктивізації потреб ветерана, зменшуючи ризик невідповідності між реальним станом особи та обсягом наданої допомоги. На макросоціальному рівні воно сприяє підвищенню адресності державної підтримки та забезпечує раціональний розподіл соціальних ресурсів.

Продовженням процедури оцінювання виступає індивідуальна програма реабілітації, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 року № 1021 [90]. Її призначення полягає у визначенні комплексу заходів, необхідних для відновлення функціонування особи відповідно до встановлених потреб. У межах соціально-психологічного аналізу програма є інструментом структуризації процесу адаптації. Наявність визначеної послідовності дій сприяє зниженню невизначеності, яка часто супроводжує період повернення до цивільного життя після тяжкого поранення. У результаті формується прогнозований простір взаємодії ветерана з інституціями соціальної підтримки.

Помітне місце у системі кейс-менеджменту належить експериментальному проєкту щодо запровадження інституту помічника ветерана, реалізація якого здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10 жовтня 2023 року № 1074 [89]. Діяльність помічника ветерана передбачає інформаційний, консультативний та організаційний супровід особи під час отримання послуг у різних сферах життєдіяльності. Соціально-психологічний потенціал механізму пов’язаний із забезпеченням безперервності взаємодії між ветераном і державними структурами з метою зменшення навантаження, пов’язаного з необхідністю самостійно орієнтуватися у складній системі адміністративних процедур, що позитивно впливає на суб’єктивне сприйняття СП та рівень довіри до інституцій.

Розвиток цифровізації державних послуг зумовив формування окремого напряму супроводу через електронні сервіси підтримки ветеранів. Використання цифрових платформ забезпечує доступ до інформації про наявні програми допомоги, статус отримання послуг та механізми взаємодії з уповноваженими установами. У соціально-психологічному вимірі цифрові сервіси виконують функцію зниження інституційних бар’єрів, які можуть ускладнювати адаптацію осіб із тяжкими пораненнями. Скорочення кількості посередницьких процедур і спрощення доступу до ресурсів сприяють формуванню відчуття контрольованості власної життєвої ситуації.

У межах макросоціального підходу проєкти соціального супроводу та координації допомоги формують цілісну систему навігації ветерана у просторі державної підтримки. Їх функціональне призначення полягає у забезпеченні узгодженості між різними ланками допомоги. Результатом є підвищення доступності соціальних послуг, зміцнення відчуття соціальної захищеності та розвиток довіри до державних інституцій як суб'єктів підтримки ветеранів війни.

Третю групу державних проєктів становлять ініціативи соціальної реінтеграції та відновлення соціальних ролей, спрямовані на повернення важкопоранених комбатантів до повноцінної участі в суспільному житті. Якщо попередні групи проєктів були орієнтовані на відновлення функціональних можливостей особистості та забезпечення доступу до необхідних ресурсів, то на цьому етапі пріоритетного значення набуває включення ветерана до системи соціальних відносин, у межах якої реалізуються його професійні, освітні, сімейні та громадянські ролі.

Концептуальні засади відображені у Державному стандарті соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, затвердженому наказом Міністерства соціальної політики України від 11 квітня 2024 року № 175-Н [236]. Зміст соціальної адаптації полягає у створенні умов для засвоєння моделей поведінки та форм соціальної взаємодії, характерних для цивільного середовища; передбачає відновлення здатності особистості функціонувати в новій системі суспільних відносин після завершення військової служби. У межах макросоціального підходу соціальна адаптація постає механізмом узгодження індивідуального досвіду ветерана з нормативними вимогами та очікуваннями соціального середовища.

Напрям реінтеграції реалізується через механізми професійної адаптації ветеранів війни, визначені постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання ментальної, спортивної, фізичної, психологічної реабілітації та професійної адаптації ветеранів війни, членів їх сімей та деяких інших категорій осіб» від 18 березня 2024 року № 307 [87], через систему заходів,

передбачених Стратегією ветеранської політики на період до 2030 року [242]. Праця розглядається як соціальний інститут, через який особистість включається до системи суспільного виробництва, професійної комунікації та колективної діяльності. Залучення ветеранів до трудових відносин сприяє відновленню статусних позицій, розширенню кола соціальних контактів та формуванню нових життєвих перспектив у цивільному середовищі.

Адаптаційний потенціал мають освітні програми, орієнтовані на здобуття нових знань, підвищення кваліфікації та опанування нових професійних компетентностей. Освітнє середовище створює умови для включення ветеранів до нових соціальних груп та мереж взаємодії, які функціонують поза межами військового досвіду. Розширюється спектр соціальних зв'язків особистості та формуються додаткові можливості для професійного й суспільного самовизначення.

Реалізація завдань соціальної реінтеграції здійснюється через діяльність ветеранських просторів, які набули поширення в різних регіонах України в межах реалізації Стратегії ветеранської політики до 2030 року [242]. Функціонування середовищ забезпечує можливість встановлення горизонтальних зв'язків між ветеранами, обміну досвідом та включення до локальних спільнот. Вони виконують функцію соціального посередництва між військовим і цивільним середовищем, сприяючи поступовому освоєнню нових моделей соціальної взаємодії.

У площині макросоціального аналізу проєкти соціальної реінтеграції та відновлення соціальних ролей формують умови для переходу ветерана від статусу отримувача допомоги до статусу активного учасника суспільних процесів. Їх результатом виступає відновлення професійних, освітніх і громадянських ролей, розширення соціальних зв'язків, посилення соціальної включеності та закріплення позиції ветерана як повноправного суб'єкта суспільного життя.

Четверту групу становлять проєкти соціальної включеності та громадської участі, орієнтовані на відновлення зв'язків важкопоранених

комбатантів із соціальним середовищем. Напрям пов’язаний із залученням ветерана до суспільного життя громади, культурного простору та різних форм колективної діяльності. Соціальна включеність – це умова відновлення повноцінної участі особистості у суспільних процесах після пережитого бойового досвіду та тяжкого поранення.

Напрямом діяльності є розвиток адаптивного спорту як соціальної практики, що створює можливості для взаємодії ветеранів із різними соціальними групами та громадськими спільнотами. Участь у спортивних заходах формує простір соціальних контактів, сприяє подоланню ізоляції та підтримує активну життєву позицію. Фізична активність сприяє відновленню функціональних можливостей, виступає інструментом соціальної інтеграції та розширює участь ветеранів у житті громади [251]. Культурні ініціативи передбачені через проєкти підтримки та реабілітації ветеранів у громадах. Відповідно до підходів, представлених Міністерством культури та стратегічних документів державної ветеранської політики, культурні практики є механізмом суспільного включення, що забезпечує можливість осмислення власного досвіду через творчість, комунікацію та спільну діяльність [55]. Участь у мистецьких, освітньо-культурних та меморіальних проєктах створює умови для конструювання позитивних моделей самосприйняття, які виходять за межі ролі пораненого військовослужбовця. У результаті формується цілісна соціальна ідентичність, що поєднує досвід військової служби з новими формами суспільної активності.

Ветеранські простори функціонують як осередки комунікації, взаємопідтримки та громадської взаємодії. Їхня діяльність спрямована на формування середовища, у якому ветерани можуть отримувати інформаційну підтримку, долучатися до спільних ініціатив, брати участь у заходах місцевого рівня та підтримувати соціальні контакти. Це сприяє розширенню мережі соціальних зв’язків, зниженню ризику соціального відчуження та відновленню відчуття належності до спільноти [217].

Аналіз проєктів дає підстави розглядати їх як макросоціальний ресурс СПА важкопоранених комбатантів, функція якого полягає у створенні суспільних умов для активної участі особистості в житті громади. Соціально-психологічний ефект його реалізації проявляється у розширенні соціальної активності, формуванні позитивної соціальної ідентичності та зміцненні інтеграційних зв'язків між ветераном і суспільством. Таким чином, адаптація виходить за межі відновлення індивідуального функціонування та набуває ознак повноцінного включення особистості у соціальний простір.

Після аналізу змісту та функціонального призначення державних проєктів постає необхідність оцінки їхнього адаптаційного потенціалу крізь призму актуальних проблем соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Логіка сучасної ветеранської політики демонструє перехід від практики надання окремих видів допомоги до формування багаторівневої системи підтримки, яка охоплює різні етапи повернення особистості до цивільного життя. Проте масштаби наслідків війни актуалізують низку завдань, розв'язання яких потребує подальшого розвитку державних механізмів адаптації. Актуальною залишається проблема забезпечення безперервності адаптаційного маршруту від моменту отримання поранення до повноцінної інтеграції в соціальне середовище. Аналіз державних проєктів свідчить, що їх структура відображає послідовність основних етапів відновлення: реабілітацію, соціальний супровід, реінтеграцію та суспільну участь. Проте ефективність моделі визначається рівнем координації між окремими інституціями й узгодженістю процедур переходу між різними формами підтримки. Розриви між етапами супроводу можуть супроводжуватися посиленням невизначеності, зниженням мотивації до відновлення та звуженням доступу до ресурсів адаптації.

Подальшого осмислення потребує проблема співвідношення індивідуалізованого та стандартизованого підходів до підтримки важкопоранених комбатантів. Нормативна база передбачає механізми врахування індивідуальних потреб через оцінювання повсякденного

функціонування та розроблення індивідуальних програм реабілітації. Однак наслідки бойових травм характеризуються високою варіативністю психологічних, соціальних та професійних труднощів, через які адаптаційна політика потребує подальшого розвитку інструментів персоналізації підтримки, орієнтованих на індивідуальні життєві траєкторії ветеранів.

У процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів важливого значення набуває відновлення соціальної суб'єктності особистості. Тривалий час державна підтримка ветеранів переважно асоціювалася з механізмами соціального захисту та компенсації втрат. Сучасні підходи орієнтовані на створення умов для активної участі особистості у професійному, громадському та культурному житті. Така трансформація відповідає положенням екологічної моделі адаптації, відповідно до якої психологічне благополуччя підтримується через включеність людини в систему соціальних відносин і суспільно значущу діяльність.

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили взаємозв'язок між успішністю адаптації, рівнем соціальної підтримки та суб'єктивним благополуччям важкопоранених комбатантів, що дає підстави розглядати подальший розвиток державних проєктів крізь призму розширення соціального капіталу ветеранів, зокрема через:

- створення умов для формування нових соціальних зв'язків;
- розбудову горизонтальних мереж взаємодії;
- розвиток ветеранських спільнот;
- підтримку громадської активності.

Таким чином, державна політика набуває додаткової функції конструювання соціального середовища, здатного забезпечувати та підтримувати довготривалі процеси соціально-психологічної адаптації ветеранів.

Перспективи розвитку державних проєктів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів пов'язані з подальшим удосконаленням міжвідомчої моделі підтримки, здатної забезпечувати

послідовність і безперервність адаптаційного процесу на всіх етапах повернення особистості до цивільного життя. Аналіз чинних механізмів державної політики дає підстави стверджувати, що подальший розвиток цієї системи має здійснюватися у напрямі інтеграції реабілітаційних, соціальних, освітніх, професійних і громадських програм у межах єдиного адаптаційного простору. Водночас особливого значення набуває персоналізація державної підтримки. Значна варіативність наслідків бойової травми зумовлює потребу в розширенні інструментів індивідуального планування адаптаційного маршруту з урахуванням фізичного стану ветерана, його психологічних особливостей, сімейної ситуації, професійного досвіду та соціальних потреб. У цьому контексті індивідуальна програма реабілітації може трансформуватися в комплексний механізм довгострокового супроводу особистості, що забезпечує узгодження медичних, психологічних, соціальних і професійних заходів відповідно до динаміки її відновлення.

Подальший розвиток державних проєктів пов’язаний із розширенням цифрової інфраструктури ветеранських послуг. Створення єдиного інформаційного середовища супроводу ветеранів забезпечує координацію між різними суб’єктами допомоги, спрощує доступ до послуг і сприяє підвищенню ефективності управління адаптаційними процесами на державному рівні.

Подальший розвиток державних проєктів пов’язаний із розширенням цифрової інфраструктури ветеранських послуг. Створення єдиного інформаційного середовища супроводу ветеранів сприятиме координації діяльності різних суб’єктів допомоги, спрощенню доступу до послуг та підвищенню ефективності управління адаптаційними процесами на державному рівні. Перспективним напрямом є розвиток громадоцентричної моделі підтримки, що передбачає посилення ролі територіальних громад, ветеранських просторів, громадських організацій та локальних соціальних мереж. У такій моделі адаптація розглядається як процес включення особистості в систему суспільних взаємодій. Подальшого розвитку потребують культурні, освітні, спортивні та громадські ініціативи, які створюють можливості для реалізації

нових соціальних ролей і підтримують активну участь ветеранів у житті суспільства. Така спрямованість відповідає сучасному розумінню соціально-психологічної адаптації як процесу відновлення суб'єктності, соціальної активності та відчуття належності до спільноти.

Отже, сучасні державні проєкти формують нормативне та інституційне підґрунтя для СПА важкопоранених комбатантів. Їхня спрямованість відображає поступовий перехід до комплексної моделі підтримки, у центрі якої перебувають відновлення функціонування особистості, розширення її соціальних можливостей, набуття нових соціальних ролей та включення до суспільного життя. Соціально-психологічна адаптація постає як результат взаємодії індивідуальних ресурсів ветерана та макросоціальних механізмів підтримки, ефективність яких значною мірою визначає перспективи його подальшого особистісного і соціального розвитку.

6.2. Проєкти від недержавних громадських організацій для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Поряд із державними інституціями функціонують недержавні громадські організації, діяльність яких спрямована на розширення ресурсів підтримки, реабілітації та соціальної реінтеграції ветеранів. Їхня діяльність зумовлена необхідністю розширення спектра соціально-психологічної допомоги та оперативного реагування на потреби ветеранів, які не завжди можуть бути належним чином охоплені державними механізмами підтримки. Аналіз діяльності громадського сектору свідчить про формування багаторівневої системи проєктів, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя, соціальної активності, професійного функціонування та громадської включеності ветеранів війни.

У процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів недержавні ініціативи виступають самостійним макросоціальним ресурсом, функціонування якого забезпечує розвиток додаткових механізмів підтримки,

соціальної інтеграції та відновлення життєвих перспектив особистості. Змістовний аналіз наявних практик дає підстави виокремити основні групи проєктів, представлені в табл. 6.1 [23; 77; 131; 213; 234; 237; 243; 265].

Таблиця 6.1

Класифікація проєктів недержавного сектору як макросоціальних ресурсів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Група недержавних проєктів	Приклади проєктів та організацій	Основні напрями реалізації	Соціально-психологічний результат для важкопоранених комбатантів
Проєкти психологічної підтримки та психосоціальної реабілітації	ГО «Психологічна підтримка та реабілітація «Вільний Вибір», кол-центр психологічної допомоги «#ВАРТОЖИТИ», Програма підтримки ветеранів Maple Hope Foundation, психологічний супровід Veteran Hub	Індивідуальне та групове консультування, психотерапія, групи підтримки, психоосвіта, підготовка фахівців, дистанційна психологічна допомога	Зниження психоемоційного навантаження, підвищення психологічної стійкості, розвиток навичок саморегуляції, посилення суб'єктивного благополуччя, формування готовності до соціальної реінтеграції
Проєкти професійної реінтеграції та підтримки зайнятості	«Робота для ветерана є! Програма реінтеграції ветеранів», програми працевлаштування Veteran Hub, напрями професійного супроводу та перекваліфікації центру Superhumans	Кар'єрне консультування, професійна адаптація, перекваліфікація, навчальні програми, супровід працевлаштування, підготовка роботодавців до роботи з ветеранами	Відновлення професійної ролі, підвищення впевненості у власних силах, розширення соціальних контактів, формування перспектив життєвого розвитку, посилення економічної самостійності

Продовження табл. 6.1

Група недержавних проєктів	**Приклади проєктів та організацій**	**Основні напрями реалізації**	**Соціально-психологічний результат для важкопоранених комбатантів**
Проєкти соціального супроводу та підтримки життєвого маршруту ветерана	Veteran Hub, Благодійний фонд «Рокада»	Персональний супровід, соціальна допомога, психологічна підтримка, мобільні офіси; інформування щодо послуг і пільг	Зниження соціальної дезорієнтації, підвищення відчуття соціальної захищеності, зміцнення довіри до інституцій, полегшення адаптації до цивільного середовища
Проєкти соціальної включеності та розвитку ветеранських спільнот	Veteran Hub, Благодійний фонд «Рокада», ветеранські громадські ініціативи та спільноти	Створення ветеранських просторів, організація груп взаємодопомоги, розвиток локальних спільнот, підтримка громадської активності, формування горизонтальних зв’язків	Розширення мережі соціальних контактів, відновлення відчуття належності до спільноти, посилення соціальної активності, профілактика соціальної ізоляції
Просвітницькі та антистигматизаційні проєкти	Комунікативна кампанія «Ти як?»	Інформаційні кампанії, психоосвіта, популяризація практик самодопомоги, поширення інформації про сервіси психічного здоров’я, формування культури турботи про психічне здоров’я	Зниження стигматизації психологічних труднощів, підвищення готовності звертатися за допомогою, покращення психологічної обізнаності, посилення суспільного прийняття ветеранського досвіду

Продовження табл. 6.1

Група недержавних проєктів	**Приклади проєктів та організацій**	**Основні напрями реалізації**	**Соціально-психологічний результат для важкопоранених комбатантів**
Проєкти комплексної фізичної, психологічної та соціальної реабілітації	Центр воєнної травми Superhumans	Протезування, фізична реабілітація, психологічний супровід, ерготерапія, підтримка працевлаштування, підтримка ветеранського підприємництва	Відновлення функціональної спроможності, підвищення автономності, розвиток адаптивних стратегій поведінки, повернення до активного соціального життя

Розгляд діяльності недержавних громадських організацій дає підстави стверджувати, що їхня участь у підтримці важкопоранених комбатантів виходить за межі надання окремих соціальних, психологічних чи реабілітаційних послуг. У макросоціальному вимірі реалізовані ними проєкти виконують функцію формування адаптаційного середовища, у межах якого створюються додаткові умови для відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та суб'єктної активності ветерана. Якщо державна система формує нормативно-правові та інституційні засади підтримки, то громадський сектор забезпечує її гнучкість, варіативність і наближеність до актуальних потреб цільової групи.

Аналіз представлених проєктів свідчить, що їхня діяльність концентрується навколо взаємопов'язаних напрямів:

1) психологічної підтримки;
2) соціального супроводу;
3) професійної реінтеграції;
4) розвитку соціальної включеності;
5) формування сприятливого суспільного ставлення до ветеранів.

Діяльність громадських організацій виконує компенсаторну функцію щодо тих потреб, які не завжди можуть бути належним чином задоволені в межах формалізованих державних механізмів. У цьому контексті соціально-психологічна адаптація набуває характеристик колективного процесу, у межах якого відновлення особистості відбувається через її включення до мереж соціальної взаємодії.

Узагальнення результатів проведеного емпіричного дослідження та аналізу діяльності громадських організацій дає змогу розглядати соціальний капітал як один із механізмів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Недержавні проєкти створюють додаткові можливості для формування довірчих взаємин, розвитку взаємної підтримки, розширення соціальних контактів та залучення до нових соціальних ролей. Унаслідок цього відновлюються ресурси, необхідні для подолання наслідків травматичного досвіду та повернення до активної участі в суспільному житті. Значна частина громадських ініціатив орієнтована не лише на ветеранів, а й на їхні родини, роботодавців, представників місцевих громад, фахівців соціальної та психологічної сфер, що відповідає екологічному підходу до адаптації. Відповідно до цього підходу успішність реінтеграції визначається не лише індивідуальними ресурсами особистості, а й характеристиками соціального середовища, у якому вона функціонує. Таким чином, громадські проєкти виконують роль посередника між ветераном і суспільством, сприяючи формуванню взаємної готовності до соціальної взаємодії та створенню умов для довготривалої соціальної реінтеграції.

З позицій макросоціального аналізу діяльність недержавних громадських організацій є складовою системи суспільної стійкості. Їхнє функціонування сприяє накопиченню та мобілізації соціальних ресурсів, здатних знижувати ризики соціальної ізоляції, маргіналізації та тривалої соціальної дезадаптації важкопоранених комбатантів. Водночас поширюються практики соціальної солідарності, підвищується рівень

громадянської участі та зміцнюються взаємозв'язки між різними соціальними групами.

Проведений аналіз засвідчив, що недержавні громадські організації займають самостійне місце в системі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, доповнюючи державні механізми підтримки психологічними, соціальними, професійними та громадськими ресурсами. Водночас трансформація структури потреб важкопоранених комбатантів, збільшення тривалості адаптаційного періоду та поява нових викликів післявоєнного відновлення актуалізують необхідність подальшого розвитку відповідних проєктів. У зв'язку з цим доцільно визначити перспективні напрями, здатні посилити адаптаційний потенціал недержавного сектору та забезпечити його спроможність реагувати на довгострокові потреби ветеранів.

Аналіз діяльності недержавних громадських організацій засвідчив, що їхні проєкти охоплюють широкий спектр напрямів підтримки важкопоранених комбатантів, зокрема психологічну допомогу, соціальний супровід, професійну адаптацію, розвиток соціальної активності та громадської участі. Водночас результати проведеного емпіричного дослідження дають підстави стверджувати, що вагомими чинниками успішності соціально-психологічної адаптації є рівень соціальної підтримки, сімейна згуртованість, суб'єктивне благополуччя та розвиненість соціальних зв'язків. Це актуалізує необхідність подальшого розвитку проєктів, спрямованих не лише на подолання безпосередніх наслідків травматичного досвіду, а й на формування соціального середовища, здатного забезпечувати довготривалу підтримку особистості після завершення основних етапів лікування та реабілітації.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та вивчення практики діяльності недержавних громадських організацій дає змогу констатувати наявність потреби в комплексних моделях підтримки, у межах яких психологічна допомога поєднується з розвитком соціального капіталу, підтриманням сімейного функціонування, професійною реалізацією та залученням ветеранів до громадського життя. Перспективним

напрямом діяльності громадського сектору є створення проєктів, орієнтованих на формування стійких мереж соціальної підтримки, здатних забезпечувати супровід важкопораненого комбатанта на різних етапах його повернення до цивільного життя та підтримувати довготривалу соціально-психологічну адаптацію.

З огляду на викладене вище, у межах дослідження розроблено проєкт соціально-психологічної адаптації ВК, концептуальною основою якого виступає ідея розвитку соціального капіталу як ресурсу відновлення особистості після тяжкого поранення. Проєкт спрямований на розширення соціальних зв'язків ветеранів, підтримку сімейних ресурсів адаптації, посилення громадської активності та створення умов для довготривалої соціальної інтеграції.

Зміст орієнтований на створення мережі соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів, яка поєднує ресурси ветеранських спільнот, сім'ї, громадських організацій, фахівців соціальної та психологічної сфери, представників місцевих громад і волонтерського середовища. Модель передбачає перехід від епізодичних заходів підтримки до довготривалого супроводу особистості на різних етапах її соціальної реінтеграції.

Метою проєкту є сприяння соціально-психологічній адаптації важкопоранених комбатантів шляхом розвитку соціального капіталу, зміцнення ресурсів соціальної підтримки, підтримки сімейного функціонування та залучення ветеранів до суспільного життя.

Завдання проєкту:

− розширення мережі соціальних зв'язків ВК;

− розвиток механізмів взаємопідтримки серед ветеранів;

− підтримка сімей як ресурсу адаптації;

− створення можливостей для громадської активності та соціальної участі;

− сприяння професійній та освітній самореалізації ветеранів;

– підвищення доступності психологічної підтримки через поєднання очних і цифрових форм взаємодії;

– розвиток партнерства між громадськими організаціями, територіальними громадами та іншими суб’єктами підтримки ветеранів.

Концептуальна модель проєкту відображає систему взаємопов’язаних напрямів діяльності, реалізація яких спрямована на формування умов для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Її структурну побудову представлено на рис. 6.2.



Рис. 6.2. Структурна модель проєкту «Мережа соціального відновлення»

Запропонована модель відображає можливий напрям удосконалення проєктної діяльності недержавних громадських організацій у сфері підтримки важкопоранених комбатантів. Її побудова ґрунтується на результатах проведеного дослідження, які засвідчили значущість соціальної підтримки, сімейного функціонування, соціальних зв'язків та суб'єктивного благополуччя у структурі адаптаційних процесів. У зв'язку з цим діяльність громадського сектору доцільно орієнтувати на поєднання психологічних, соціальних і професійних ресурсів відновлення в межах єдиної системи супроводу.

Практична реалізація моделі може здійснюватися шляхом міжсекторальної взаємодії громадських організацій, органів державної влади, закладів охорони здоров'я, освітніх установ і ветеранських спільнот, що створює підґрунтя для забезпечення безперервності адаптаційного процесу та узгодження різних форм підтримки відповідно до актуальних потреб особистості. Вона не претендує на завершеність і може бути доповнена залежно від особливостей цільової групи, регіональних умов та ресурсних можливостей суб'єктів її реалізації. Її використання дозволяє систематизувати основні напрями діяльності недержавних громадських організацій та окреслити перспективи їх подальшого розвитку у сфері СПА важкопоранених комбатантів.

Отже, аналіз діяльності недержавних громадських організацій засвідчив їх основну роль у системі соціально-психологічної адаптації ВК. На відміну від державних механізмів підтримки, діяльність громадського сектору характеризується гнучкістю, можливістю швидкого реагування на актуальні потреби ветеранів та впровадженням інноваційних форм допомоги. Реалізовані проєкти охоплюють психологічний супровід, соціальну інтеграцію, професійну адаптацію, розвиток соціальних зв'язків, підтримку сімей та формування громадської активності.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що ефективність соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів залежить від узгодженої

взаємодії державного та громадського секторів. Поєднання інституційних механізмів підтримки з ресурсами громадянського суспільства створює умови для відновлення соціального функціонування особистості, розширення її соціального капіталу, зміцнення психологічної стійкості та відновлення соціальних ролей. Діяльність недержавних громадських організацій постає макросоціальним ресурсом соціально-психологічної адаптації ВК, що забезпечує розвиток механізмів підтримки, які доповнюють державну систему допомоги та сприяють досягненню стійких результатів відновлення особистості після тяжкого поранення.

6.3. Зарубіжний та вітчизняний досвід соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів

Розвиток системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів у сучасних умовах супроводжується активним пошуком ефективних моделей підтримки, здатних забезпечити відновлення фізичного та психічного здоров’я особистості, її повноцінне включення до суспільного життя після завершення військової служби. У зв’язку з цим науковий інтерес становить аналіз зарубіжних практик, які протягом тривалого часу функціонують у країнах із розвиненими системами ветеранської політики та досвідом соціального супроводу військовослужбовців після бойових травм.

Американська система підтримки ветеранів сформувалася під впливом багаторічного досвіду участі Збройних сил США у військових конфліктах другої половини XX – початку XXI століть. Значна кількість військовослужбовців із бойовими травмами, зокрема ампутаціями, черепно-мозковими ушкодженнями, посттравматичними стресовими розладами та іншими наслідками участі в бойових діях, зумовила необхідність перегляду традиційних підходів до реабілітації. У результаті відбувся поступовий перехід від переважно медичної моделі допомоги до біопсихосоціальної моделі відновлення, відповідно до якої фізичне здоров’я, психологічне

благополуччя, соціальна активність, професійна реалізація та якість міжособистісних взаємин розглядаються як взаємопов'язані складові єдиного процесу соціально-психологічної адаптації.

У межах моделі СПА важкопоранених комбатантів трактується як довготривалий процес відновлення соціального функціонування особистості. Центральне місце займає ідея підтримання життєвої активності ветерана на всіх етапах його переходу від військового до цивільного середовища. Відповідно адаптаційна політика орієнтується на подолання негативних наслідків поранення, створення умов для реалізації потенціалу особистості, розвитку її соціального капіталу та формування нових життєвих перспектив. Характерною особливістю американської моделі є активна участь недержавного сектору у реалізації програм підтримки ветеранів. Громадські та благодійні організації виконують функції, які виходять за межі традиційної психологічної або соціальної допомоги. Їхня діяльність охоплює професійну адаптацію, розвиток лідерського потенціалу, підтримку сімей ветеранів, освітні програми, наставництво, адаптивний спорт, формування спільнот взаємодопомоги та підготовку фахівців до роботи з військовими. У результаті формується багаторівнева система підтримки, у якій соціально-психологічна адаптація – це спільне завдання державних інституцій, громадянського суспільства, місцевих громад і ветеранів.

Аналіз діяльності американських організацій дає змогу виокремити стратегічні напрями СПА важкопоранених комбатантів, до яких належать:

- підтримка психічного здоров'я;
- розвиток адаптивного спорту;
- професійна реінтеграція;
- формування мереж соціальної підтримки;
- залучення сім'ї до процесу відновлення;
- підготовка фахівців;
- розвиток ветеранського лідерства.

Сукупність зазначених напрямів формує цілісне адаптаційне середовище, у межах якого особистість отримує можливість поступового відновлення соціальних ролей і повернення до активної участі в житті громади. Практичне втілення цих підходів простежується в діяльності провідних американських організацій підтримки ветеранів війни, аналіз якої дає змогу визначити ефективні механізми соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів.

Прикладом комплексного підходу до соціально-психологічної адаптації ВК у США є діяльність організації «Wounded Warrior Project». Її концепція ґрунтується на розумінні добробуту ветерана як багатовимірного феномена, що охоплює психологічне здоров'я, фізичне функціонування, соціальні зв'язки, професійну самореалізацію та сімейне благополуччя [364]. Аналіз діяльності організації свідчить про відхід від традиційної реабілітаційної моделі, орієнтованої переважно на подолання наслідків травми. Робота спрямовується на створення умов для досягнення ветераном максимально можливого рівня самостійності та включення до суспільного життя. Психологічна підтримка поєднується з програмами фізичного відновлення, професійного консультування, юридичного супроводу, розвитку лідерських навичок та підтримки сімей ветеранів.

У площині соціально-психологічної адаптації діяльність «Wounded Warrior Project» демонструє поступовий перехід від компенсації наслідків травми до формування нових адаптаційних ресурсів особистості. Такий підхід сприяє розвитку суб'єктної позиції ветерана, за якої він виступає активним учасником власного відновлення та визначення подальшої життєвої перспективи. Відповідно, психологічне благополуччя розглядається не лише як результат зменшення симптомів психотравматизації, а і як відновлення відчуття життєвої перспективи, особистісної спроможності та соціальної значущості.

Основний напрям діяльності організації становлять програми підтримки сімей ветеранів. Практика базується на розумінні того, що наслідки бойової

травми впливають на самого комбатанта та на систему його найближчих соціальних взаємин. Залучення членів родини до адаптаційного процесу сприяє стабілізації сімейного функціонування, зниженню рівня міжособистісної напруженості та створює додаткові ресурси соціальної підтримки [364].

Макросоціальне значення діяльності «Wounded Warrior Project» полягає у формуванні стійкої інфраструктури підтримки ветеранів, яка функціонує поза межами медичних закладів і державних інституцій. Організація забезпечує можливість довготривалої взаємодії ветерана із системою підтримки незалежно від часу, що минув після отримання поранення.

Осмислення досвіду «Wounded Warrior Project» дає підстави стверджувати, що перспективним напрямом розвитку української системи підтримки важкопоранених комбатантів може стати розширення довготривалих програм супроводу, які поєднують психологічні, соціальні, професійні та сімейні ресурси адаптації. Запровадження такого підходу сприятиме збереженню послідовності підтримки після завершення медичної реабілітації та створенню умов для стійкого відновлення соціальної активності ветеранів.

Важливим компонентом американської системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів є адаптивний спорт як інструмент відновлення особистісного та соціального функціонування. У США адаптивний спорт інтегрований у ширшу систему соціальної реінтеграції ветеранів і виконує водночас психологічні, соціальні та комунікативні функції [409; 410; 411].

Концептуальні засади адаптивного спорту відображені в діяльності програми «Military Adaptive Sports Program», яка реалізується в системі Агентство охорони здоров'я Міністерства оборони (Defense Health Agency) для поранених, хворих і травмованих військовослужбовців [409]. Програма передбачає залучення учасників до індивідуалізованих фізичних і когнітивних активностей уже на етапі відновлення після поранення. У соціально-

психологічному вимірі участь у таких активностях може сприяти відновленню відчуття компетентності та контролю над власним життям. Для осіб із тяжкими пораненнями характерними є переживання втрати фізичних можливостей, зміни звичного способу життя та зниження впевненості у власних силах. Залучення до спортивної діяльності створює ситуації досягнення, які можуть сприяти переосмисленню власних можливостей і формуванню позитивнішого самоставлення. Водночас групові форми участі забезпечують включення ветерана до спільнот осіб із подібним досвідом, що створює додаткові можливості для підтримання соціальних контактів, зниження ризику соціальної ізоляції та розвитку міжособистісної взаємопідтримки.

Подібна логіка реалізується у програмі «Warfighter Sports», яка функціонує в межах діяльності Спорт для людей з інвалідністю США (Disabled Sports USA). Її особливістю є поєднання спортивної реабілітації з розвитком соціальних зв'язків ветеранів та членів їхніх сімей. Організація забезпечує доступ до понад п'ятдесяти видів адаптивного спорту, використовуючи розгалужену мережу громадських організацій і місцевих партнерів. У межах моделі спортивна активність набуває значення соціальної практики, що сприяє відновленню незалежності, розвитку навичок взаємодії та розширенню участі особистості в житті громади [410]. До участі у спортивних заходах залучаються члени родин ветеранів, що відображає сучасне розуміння адаптації як процесу, який охоплює особистість комбатанта та його найближче соціальне оточення. Спільна участь у спортивних заходах створює умови для відновлення сімейної взаємодії, формування позитивного спільного досвіду та зменшення психологічної дистанції, що може виникати після тяжкого поранення або тривалого перебування в умовах війни.

Подальший розвиток напряму представлений програмою «Warriors in Motion», яку реалізує Фонд адаптивного спорту (Adaptive Sports Foundation). Її зміст виходить за межі спортивної підготовки та охоплює навчання принципам здорового способу життя, практикам усвідомленості, основам

раціонального харчування та навичкам самостійного підтримання фізичного й психічного здоров'я. У програму інтегровані заняття йогою, групові активності, заходи командної взаємодії та елементи психологічної саморегуляції. Модель спрямована на формування довготривалих стратегій підтримання благополуччя після завершення реабілітаційного процесу [411].

Аналіз зазначених програм дає змогу дійти висновку, що адаптивний спорт у США може розглядатися як важливий макросоціальний ресурс соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Його потенціал реалізується на кількох взаємопов'язаних рівнях:

1. Фізичного відновлення;
2. Психологічної стабілізації;
3. Розширення соціальних контактів;
4. Інтеграції ветерана в життя громади.

Відповідно, спортивна діяльність набуває значення інструменту соціальної політики, спрямованого на підтримання активності, автономії та суспільної участі ветеранів. Для української практики перспективним є розширення адаптивних спортивних програм на основі співпраці державних інституцій, ветеранських організацій, територіальних громад і спортивних федерацій. Доцільним напрямом може стати створення мережі регіональних центрів адаптивного спорту, упровадження програм сімейної участі у спортивній реабілітації, підготовка фахівців з адаптивної фізичної культури та розроблення довготривалих програм спортивного супроводу ветеранів після завершення медичної реабілітації. Реалізація таких заходів сприятиме посиленню соціальної складової відновлення, підтриманню соціальної активності та розширенню можливостей інтеграції важкопоранених комбатантів у суспільне життя.

Американська система соціально-психологічної адаптації ВК пов'язана із підготовкою фахівців та формуванням соціального середовища, здатного забезпечувати якісну підтримку ветеранів після повернення до цивільного життя. Якщо програми фізичної реабілітації та адаптивного спорту

орієнтовані на відновлення особистості, то освітньо-психологічні ініціативи спрямовані на розвиток компетентностей тих соціальних груп, які взаємодіють із ветераном у повсякденному житті: медичних працівників, психологів, соціальних працівників, роботодавців, членів сімей та представників місцевих громад.

Результативність СПА визначається готовністю соціального середовища до взаємодії з людьми, які мають досвід війни та наслідки бойових травм. Завданням адаптаційної політики стає поширення знань про психологічні особливості ветеранів та формування навичок підтримки комунікації на рівні суспільства. Відображенням моделі є співпраця організації «Wounded Warrior Project» із платформою «PsychArmor», у межах якої створено серію спеціалізованих освітніх курсів для осіб, що працюють із ветеранами та членами їхніх сімей. Зміст навчальних програм охоплює питання посттравматичного стресового розладу, черепно-мозкових травм, суїцидальної поведінки, психологічної стійкості та особливостей військової культури. Курси побудовані на основі клінічних досліджень і спрямовані на формування практичних навичок взаємодії з ветеранами у різних сферах життєдіяльності [466].

У площині соціально-психологічного аналізу практика демонструє зміну об’єкта адаптаційного впливу. Поряд із підтримкою ветерана відбувається підготовка соціального середовища до сприйняття його досвіду та потреб. У результаті знижується ризик непорозуміння між ветераном і цивільним населенням, послаблюються прояви соціальної дистанції та створюються умови для ефективного включення особистості у систему суспільних відносин.

Змістовою особливістю американського підходу є поєднання психологічної освіти з практиками громадянської участі. Підготовка фахівців розглядається не лише як інструмент підвищення якості послуг, а й як механізм формування суспільної культури підтримки ветеранів. Відповідальність за процес адаптації при цьому розподіляється між різними

соціальними інститутами, що забезпечує його комплексність і сталість. Американські ветеранські організації також сприяють підвищенню громадської обізнаності щодо проблематики повернення військовослужбовців до цивільного життя. Їхня інформаційно-просвітницька діяльність спрямована на подолання стереотипів і упереджень щодо ветеранів із бойовими травмами, психоемоційними порушеннями чи інвалідністю. Такий підхід сприяє формуванню інклюзивного соціального середовища, у якому особливості стану ветерана не стають перешкодою для його суспільної участі, та розширює можливості соціальної інтеграції комбатантів після завершення військової служби.

Осмислення американського досвіду дає підстави стверджувати, що соціально-психологічна адаптація важкопоранених комбатантів потребує не лише підготовки ветерана до повернення та повноцінного функціонування в цивільному суспільстві, а й формування готовності соціального оточення до конструктивної взаємодії з ветеранами. Таким чином, адаптація набуває двостороннього характеру, передбачаючи одночасне формування адаптаційних ресурсів особистості та сприятливого соціального середовища.

У зв’язку з цим перспективним напрямом розвитку української системи підтримки може стати створення національної мережі освітніх програм для психологів, соціальних і медичних працівників, фахівців служб зайнятості, роботодавців та представників територіальних громад. Доцільним видається впровадження сертифікованих навчальних курсів із питань психотравми, військової культури, сімейної адаптації, соціальної реінтеграції та особливостей комунікації з ветеранами. Важливим доповненням може стати створення відкритих цифрових платформ для систематичного поширення відповідних знань, методичних матеріалів і практичних рекомендацій, що сприятиме формуванню компетентного та інклюзивного соціального середовища для довготривалої адаптації ветеранів.

У європейських країнах сформувалися інші підходи до розв’язання проблем соціально-психологічної адаптації осіб із бойовим досвідом. Якщо

американська практика орієнтована на розбудову спеціалізованих ветеранських програм та організацій, то європейська модель тяжіє до інтеграції ветеранів у загальну систему охорони здоров'я, соціального захисту, зайнятості та громадської участі. У центрі уваги перебуває відновлення особистості після травматичного досвіду, створення інклюзивного соціального середовища, здатного забезпечити тривалу підтримку на рівні громади.

Спільною для обох моделей є орієнтація на біопсихосоціальне розуміння наслідків бойової травми, відповідно до якого фізичні ушкодження, психоемоційний стан та соціальне функціонування є компонентами єдиного адаптаційного процесу. Європейський досвід демонструє виражену увагу до механізмів міжвідомчої взаємодії, соціальної інклюзії, сімейно орієнтованої підтримки та розвитку локальних спільнот як середовища повсякденної адаптації ветеранів. Науковий інтерес становить аналіз діяльності європейських організацій, які реалізують програми підтримки важкопоранених комбатантів та членів їхніх сімей. Їхній досвід дозволяє простежити особливості практичного втілення європейської СПА та визначити напрями, які можуть бути використані для подальшого вдосконалення системи підтримки ветеранів в Україні.

Аналіз діяльності європейських організацій свідчить, що провідним напрямом підтримки важкопоранених комбатантів є формування систем комплексного соціально-психологічного супроводу, орієнтованого на забезпечення безперервності допомоги на всіх етапах повернення до цивільного життя. Концептуальною основою програм виступає положення про те, що наслідки бойової травми виходять за межі медичної або психологічної проблематики й охоплюють широкий спектр соціальних труднощів, пов'язаних із працевлаштуванням, житловим забезпеченням, міжособистісними відносинами, економічною стабільністю та громадською участю. Прикладом є британська організація «Walking With The Wounded», яка здійснює індивідуалізований супровід ветеранів через поєднання програм

психічного здоров’я, працевлаштування та координації соціальної допомоги [444]. В основі роботи лежить принцип персоналізації підтримки, відповідно до якого зміст допомоги визначається індивідуальними потребами конкретного ветерана та його родини. Подібна логіка простежується у діяльності британської благодійної організації «Supporting Wounded Veterans», яка реалізує програми наставництва, професійного розвитку, психологічної підтримки та соціального супроводу ветеранів із тяжкими пораненнями [381]. Особливістю підходу є орієнтація на формування умов для подальшої зайнятості та професійної реалізації. Ветеран виступає суб’єктом власного відновлення, здатний поступово відновлювати соціальні ролі через залучення до навчання, праці та суспільної активності. Професійна діяльність виконує функцію соціально-психологічного ресурсу адаптації, що сприяє відновленню відчуття компетентності, автономності та соціальної значущості.

Інституційне продовження представлено діяльністю організації «Veterans Aid», яка поєднує кризову підтримку, тимчасове проживання, соціальний супровід та допомогу у відновленні самостійного способу життя [455]. Запропонована модель орієнтована на ветеранів, які перебувають у складних життєвих обставинах та стикаються з ризиками соціального виключення. Вона виконує функцію ресоціалізації особистості шляхом відновлення її соціального статусу, соціальних зв’язків та здатності до самостійного функціонування в цивільному середовищі.

Характерною особливістю європейської практики виступає інтеграція діяльності громадських організацій із національними системами охорони здоров’я та соціального забезпечення. Прикладом є британська програма «Op COURAGE», що функціонує у структурі Національної служби охорони здоров’я Великої Британії та забезпечує координацію психіатричної, психологічної, соціальної та консультативної допомоги ветеранам і членам їхніх сімей [407]. Взаємодія державних інституцій із ветеранськими організаціями дозволяє забезпечити безперервність підтримки та мінімізувати

ризики втрати контакту ветерана із системою допомоги після завершення лікування або реабілітації.

Проаналізовані проєкти формують середовище, в якому процес адаптації перестає обмежуватися окремими реабілітаційними заходами та набуває характеру довготривалого супроводу життєвого шляху ветерана. Їх функціональне призначення полягає у підтриманні соціальної включеності, розвитку самостійності, відновленні соціальних ролей та забезпеченні доступу до ресурсів, необхідних для повноцінної участі особистості у суспільному житті.

У європейських країнах функціонують проєкти, орієнтовані на відновлення фізичного функціонування, розвиток незалежності у повсякденному житті та формування умов для активної участі ветеранів у соціальному просторі. Їх поява зумовлена тим, що тяжкі бойові поранення супроводжуються стійкими функціональними обмеженнями, ампутаціями, порушеннями сенсорних функцій, зниженням мобільності та необхідністю тривалої фізичної реабілітації. Фізична реабілітація у проєктах розглядається через біопсихосоціальну модель, відповідно до якої фізичне здоров’я, психічний стан та соціальне функціонування утворюють систему. Відновлення рухової активності, здатності до самообслуговування та самостійного виконання повсякденних завдань створює передумови для підвищення рівня автономності особистості, збереження позитивної самооцінки та підтримання соціальної активності. Прикладом реалізації є діяльність британської організації «Blesma – The Limbless Veterans», яка спеціалізується на підтримці військовослужбовців та ветеранів із втратою кінцівок, порушенням зору або іншими тяжкими фізичними ушкодженнями, отриманими під час служби [428]. Концепція діяльності ґрунтується на сприянні незалежному та повноцінному життю ветеранів у громаді. Зміст допомоги охоплює соціальний супровід, матеріальну підтримку, консультування, допомогу в адаптації житлового середовища, організацію ветеранських заходів і підтримання постійного контакту з особами, які зазнали

тяжких функціональних втрат. «Blesma» підтримує ветерана в його природному соціальному середовищі, в якому формуються навички самостійного функціонування, відновлення впевненості у власних можливостях та поступового подолання психологічних наслідків фізичної травми. Поєднує фізичну активність із психологічною підтримкою та розвитком ветеранських спільнот. Залучення до спортивних і рекреаційних заходів дозволяє ветеранам взаємодіяти з особами, які мають подібний життєвий досвід, що сприяє зменшенню почуття ізольованості та відновленню відчуття соціальної належності.

У європейській моделі соціально-психологічної адаптації функціонують проєкти соціальної інтеграції та громадської участі, спрямовані на відновлення зв'язків ветерана із суспільством після завершення етапів лікування, психологічної підтримки та реабілітації. Їх поява пов'язана з усвідомленням того, що стійкість адаптаційних результатів визначається станом фізичного чи психічного здоров'я особистості, ступенем її включеності у систему повсякденних соціальних взаємодій. Вони ґрунтуються на положенні про те, що соціальна ізоляція, звуження кола контактів, втрата професійних і громадських ролей належать до чинників, які можуть ускладнювати процес повернення ветерана до цивільного життя.

Прикладом європейської моделі є діяльність організації «Help for Heroes», яка поряд із програмами психологічної підтримки розвиває мережу ветеранських зустрічей, соціальних заходів, громадських активностей та неформальних комунікативних просторів [372]. Функціонує як відкриті майданчики для спілкування ветеранів, членів їхніх сімей та представників місцевих громад. Соціально-психологічне значення просторів полягає у створенні безпечного середовища для відновлення міжособистісних контактів та поступового включення ветерана у цивільне соціальне середовище.

Подібні функції виконують місцеві осередки та громадські мережі «Royal British Legion», діяльність яких спрямована на підтримання соціальної активності ветеранів, подолання самотності та профілактику соціального

виключення [458]. Організація забезпечує доступ до різних форм громадської участі, консультаційної підтримки, тематичних зустрічей та волонтерських програм. Через залучення до діяльності місцевих спільнот ветерани отримують можливість реалізовувати власний соціальний потенціал та підтримувати відчуття суспільної значущості. Відновлення соціальних контактів створює умови для розвитку почуття належності до суспільства та зменшує ризики соціального відчуження, які часто супроводжують осіб із тяжкими бойовими травмами.

Діяльність європейських організацій демонструє тенденцію до активного залучення членів сімей ветеранів у процес адаптації. Участь родин у соціальних заходах, групах підтримки та громадських ініціативах сприяє зміцненню внутрішньосімейних взаємин і розширює адаптаційний потенціал найближчого соціального оточення ветерана.

Ознакою європейської практики є орієнтація на розвиток волонтерської діяльності та взаємодопомоги серед ветеранів. Особи, які успішно пройшли етапи відновлення, нерідко долучаються до підтримки інших ветеранів як наставники, консультанти або учасники громадських програм. Таким чином, створюються умови для трансформації досвіду пережитої травми у ресурс соціальної активності та суспільно корисної діяльності. У результаті ветеран поступово переходить від позиції отримувача допомоги до позиції активного учасника соціальних процесів. Проєкти соціальної інтеграції та громадської участі виконують функцію відновлення соціальної суб’єктності особистості. Їх результатом виступає розширення мережі соціальних контактів, зміцнення почуття приналежності до спільноти, формування позитивної соціальної ідентичності та закріплення активної громадянської позиції. Соціально-психологічна адаптація набуває ознак повноцінного включення ветерана до системи суспільних відносин.

Таким чином, аналіз діяльності європейських організацій показує, що їхні проєкти формують багаторівневу систему підтримки, де психологічна допомога, фізична реабілітація, соціальний супровід та громадська участь є

компонентами єдиного адаптаційного процесу. Модель забезпечує безперервність підтримки на різних етапах повернення до цивільного життя та створює умови для відновлення особистісного функціонування, соціальної активності та суспільної інтеграції важкопоранених комбатантів.

Проведений аналіз діяльності американських та європейських організацій свідчить про формування різних моделей соціально-психологічної адаптації ВК, які відрізняються механізмами реалізації, але мають спільну стратегічну спрямованість на забезпечення довготривалого відновлення особистості та її включення до системи суспільних відносин. Американський підхід характеризується високим рівнем спеціалізації програм, орієнтацією на розвиток адаптивного спорту, ветеранського наставництва, освітніх курсів і комплексних програм підтримки поранених військовослужбовців. Європейська практика демонструє інтеграцію адаптаційних заходів у систему охорони здоров'я, соціального захисту, зайнятості та громадської участі, що забезпечує безперервність підтримки на рівні місцевих громад.

Порівняльний аналіз дозволяє констатувати, що українська система підтримки ветеранів поступово наближається до реалізації біопсихосоціальної моделі адаптації. Окремі складові зарубіжного досвіду можуть бути використані для подальшого вдосконалення державних та недержавних механізмів підтримки важкопоранених комбатантів. Перспективним напрямом є розвиток довготривалого супроводу ветерана після завершення етапу лікування та реабілітації. У більшості американських і британських програм підтримка продовжується у формі наставництва, соціального супроводу, професійного консультування та залучення до ветеранських спільнот, що забезпечує безперервність адаптаційного процесу та знижує ризики повторної соціальної дезадаптації. Для української системи доцільно розвивати програми довготривалого кейс-менеджменту, орієнтованих на супровід комбатанта на різних етапах його повернення до цивільного життя. Подальшого розвитку потребує напрям адаптивного спорту як інструменту соціально-психологічної адаптації. Американський досвід засвідчує, що

участь у спортивних програмах забезпечує відновлення фізичного функціонування, формування нових соціальних зв'язків, підвищення самооцінки, розвиток мотивації до активного життя та розширення можливостей громадської участі, тому перспективним напрямом для України є розбудова мережі регіональних центрів адаптивного спорту та інтеграція спортивних програм у систему ветеранської політики на рівні територіальних громад.

Науковий інтерес становить американська практика використання освітніх програм і спеціалізованих курсів для ветеранів, членів їхніх сімей, роботодавців, представників громад та фахівців соціальної сфери, яка сприяє формуванню ветераноорієнтованого середовища та підвищує готовність суспільства до взаємодії з особами, які мають досвід бойових дій і тяжких поранень. Умовою ефективної адаптації виступає готовність ветерана до інтеграції та соціального середовища до його прийняття. У цьому напрямі перспективним для України є створення системи навчальних програм для представників державних установ, роботодавців, педагогів, медичних працівників та соціальних служб.

Європейський досвід демонструє ефективність інтеграції психологічної допомоги в систему первинної медичної допомоги та місцевих соціальних сервісів. Модель забезпечує раннє виявлення психологічних труднощів, спрощує доступ до підтримки та знижує ризик стигматизації звернення за психологічною допомогою.

Подальший розвиток української системи психічного здоров'я ветеранів може здійснюватися шляхом посилення міжвідомчої взаємодії між закладами охорони здоров'я, соціального захисту, ветеранськими просторами та громадськими організаціями. Досвід європейських організацій засвідчує, що ветеранські клуби, громадські центри, групи взаємопідтримки та волонтерські об'єднання створюють умови для розвитку соціального капіталу ветеранів і сприяють відновленню почуття належності до спільноти. Для України перспективним напрямом виступає подальший розвиток мережі ветеранських

просторів із розширенням їхніх функцій від консультаційних центрів до осередків громадської активності та соціальної взаємодії.

Отже, результати аналізу дають підстави стверджувати, що перспективність зарубіжного досвіду визначається системністю організації програм і проєктів. Спільною характеристикою американських та європейських моделей є поєднання психологічної підтримки, фізичного відновлення, соціального супроводу, професійної реалізації та громадської участі в межах єдиного адаптаційного простору. Інтеграція компонентів створює передумови для формування стійкої соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Імплементація зарубіжного досвіду в українських умовах доцільна через адаптацію концептуальних засад до національної системи ветеранської політики. Перспективною видається модель, у межах якої державні інституції, громадські організації, заклади охорони здоров'я, освітні установи та місцеві громади функціонують як суб'єкти єдиного процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, де підтримка ветерана набуває безперервного характеру та забезпечує послідовний перехід від відновлення після поранення до повноцінної участі у суспільному житті.

6.4. Вітчизняні наукові підходи до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Формування системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні відбувалося під впливом зростання масштабів бойової травматизації військовослужбовців та необхідності створення механізмів їхнього повернення до повноцінного суспільного функціонування. Тривалий час реабілітаційна практика була зосереджена переважно на подоланні медичних наслідків поранень та лікуванні соматичних порушень.

Досвід російсько-української війни, що триває з 2014 року, засвідчив, що наслідки участі у бойових діях охоплюють широкий спектр проблем, пов’язаних із психологічним станом особистості, трансформацією соціальних ролей, порушенням звичних форм соціальної взаємодії, обмеженням професійної активності та необхідністю пристосування до нових життєвих умов. Упродовж останнього десятиліття в Україні сформувався комплекс програм, спрямованих на забезпечення психологічного відновлення, соціальної інтеграції, професійної реадаптації та підтримання життєдіяльності ветеранів після завершення військової служби.

Початковий етап розвитку програм СПА був пов’язаний із становленням системи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Аналіз наукових праць засвідчує, що концептуальним положенням українського підходу стало розуміння неможливості обмеження реабілітаційного процесу винятково психологічним консультуванням або медичним лікуванням. За висновками А. Єни та В. Маслюка, наслідки бойової психічної травматизації потребують застосування комплексної системи заходів, яка поєднує психологічні, психотерапевтичні, медичні, фізіотерапевтичні та фармакологічні методи впливу. Їх реалізація передбачає залучення мультидисциплінарної команди фахівців, до складу якої входять лікарі, психіатри, психотерапевти, медичні психологи та реабілітологи [102]. Медико-психологічна реабілітація є безперервним процесом, що охоплює такі етапи:

I. Професійний відбір та підготовку військовослужбовців.

II. Період виконання бойових завдань.

III. Лікування після поранення.

IV. Реабілітаційне відновлення та подальше повернення до мирного життя.

Логіка організації допомоги орієнтована на усунення наявних наслідків травматичного досвіду, профілактику виникнення психічних порушень та зниження ризику соціальної дезадаптації в майбутньому. Складовою програм

медико-психологічної реабілітації виступає психофізіологічна діагностика, спрямована на виявлення осіб зі зниженими адаптаційними можливостями та підвищеною вразливістю до бойових психотравмувальних чинників. Напрям роботи базується на положенні про необхідність раннього виявлення ризиків дезадаптації та своєчасного застосування корекційних заходів. Використання психофізіологічних методів оцінювання сприяє підвищенню ефективності реабілітаційного процесу та оптимізації подальшого соціального функціонування військовослужбовців після завершення лікування [102, с. 10].

Практика функціонування спеціалізованих реабілітаційних закладів засвідчила, що значна частина військовослужбовців поряд із фізичними ушкодженнями демонструє симптоматику посттравматичних стресових реакцій, тривожних станів, емоційної нестабільності та труднощів соціальної адаптації. Психологічна реабілітація поступово набула статусу самостійного напряму підтримки, інтегрованого у загальну систему відновлення комбатантів.

Аналіз змісту ранніх програм реабілітації дає підстави констатувати, що на початковому етапі розвитку української системи підтримки комбатантів домінував медико-психологічний підхід, у межах якого соціально-психологічна адаптація розглядалася переважно як складова лікувально-відновлювального процесу. Основна увага зосереджувалася на подоланні наслідків бойової травми, стабілізації психоемоційного стану та відновленні працездатності військовослужбовця. Відтак адаптаційний процес значною мірою ототожнювався з реабілітацією наслідків бойової травми. Соціальне середовище розглядалося переважно як простір повернення військовослужбовця після завершення лікування, тоді як механізми його активного включення в систему суспільних відносин ще не набули самостійного концептуального та практичного значення.

Протягом 2022–2026 рр. в Україні відбулося розширення змісту програм соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Якщо попередні моделі були орієнтовані переважно на медико-психологічне

відновлення, то сучасні підходи ґрунтуються на концепції комплексної реінтеграції, яка поєднує психологічну підтримку, соціальний супровід, професійну адаптацію, правову допомогу та громадську участь ветеранів.

Системним кроком стало схвалення Кабінетом Міністрів України у 2023 р. Стратегії формування системи переходу від військової служби до цивільного життя на період до 2032 року, що передбачає створення цілісного механізму підтримки військовослужбовців і ветеранів на етапі повернення до цивільного середовища шляхом удосконалення законодавства, цифровізації послуг, впровадження моніторингу якості їх надання та залучення територіальних громад до процесу реінтеграції. Практичним інструментом реалізації стала модель «Шлях реабілітації та відновлення Захисника/Захисниці». Її структура передбачає послідовне проходження етапів лікування, гострої та довгострокової реабілітації, отримання комплексу супровідних послуг, серед яких психологічна підтримка, фізкультурно-спортивна реабілітація, інформаційно-консультативний супровід, юридична допомога, професійна адаптація та перекваліфікація. Вона засвідчує поступовий перехід від моделі компенсації наслідків поранення до моделі відновлення соціальної суб’єктності ветерана та його включення в економічне й суспільне життя [134].

Окремим напрямом розвитку програм адаптації стало впровадження інституту помічника ветерана. Його функціонування спрямоване на забезпечення індивідуального супроводу ветеранів під час вирішення питань соціального захисту, отримання адміністративних послуг, проходження реабілітації та працевлаштування. Підготовка фахівців здійснюється на базі центрів ветеранського розвитку, створених при закладах вищої освіти. Відповідна модель орієнтована на мінімізацію бюрократичних бар’єрів та підвищення доступності державних сервісів для ветеранів і членів їхніх сімей [134].

Значного розвитку набули програми професійної адаптації та ветеранського розвитку. Вони реалізуються Міністерством у справах

ветеранів України у співпраці з іншими центральними органами виконавчої влади, закладами освіти, громадськими організаціями та роботодавцями. Основними напрямами виступають професійна орієнтація, перекваліфікація, підтримка підприємницьких ініціатив, підвищення конкурентоспроможності ветеранів на ринку праці та створення умов для їхнього працевлаштування [305].

До сучасних програм професійної адаптації ветеранів належать механізми державної підтримки ветеранського підприємництва. Їх нормативне підґрунтя визначене Постановою Кабінету Міністрів України від 21 червня 2022 р. № 738 «Деякі питання надання грантів бізнесу», якою передбачено надання мікрогрантів та грантів окремим категоріям громадян для започаткування або розвитку власної справи, зокрема ветеранам війни та членам їхніх сімей [88]. Практична реалізація відповідного напряму здійснюється через державний сервіс «Грант для ветеранів та членів їхніх сімей», що забезпечує фінансову підтримку підприємницьких ініціатив, спрямованих на створення нових робочих місць та розвиток малого бізнесу [73]. У соціально-психологічній адаптації механізм виконує функцію відновлення економічної автономії особистості після завершення військової служби та подолання наслідків вимушеної соціально-професійної дезадаптації, пов’язаної з пораненням. Підприємницька діяльність створює умови для формування нової професійної ідентичності, розширення соціальних зв’язків, підвищення рівня самостійності у прийнятті рішень та відновлення відчуття контролю над власною життєвою траєкторією. Грантова підтримка виступає інструментом соціальної реінтеграції ветеранів у цивільне середовище.

Перспективним напрямом сучасних програм соціально-психологічної адаптації є розвиток соціального підприємництва як інструменту реінтеграції ветеранів у соціально-економічний простір. Такий підхід ґрунтується на поєднанні професійної адаптації, економічної активності та суспільної участі, створюючи умови для відновлення соціальної ролі особистості, формування

нових життєвих перспектив і розширення мережі міжособистісних зв'язків. У межах програм реінтеграції соціальне підприємництво виступає механізмом залучення ветеранів до продуктивної діяльності, розвитку громадянської активності та зміцнення взаємодії між ветеранськими спільнотами, громадськими організаціями, бізнесом і територіальними громадами [245]. Участь у такій діяльності сприяє відновленню соціальної суб'єктності ветерана, розширенню можливостей самореалізації та накопиченню соціального капіталу. У цьому контексті адаптаційний процес набуває характеру активної суспільної взаємодії, у межах якої важкопоранений комбатант виступає не лише отримувачем підтримки, а й активним учасником суспільних перетворень та розвитку територіальної громади.

Основне місце у сучасних програмах адаптації посідає розвиток цифрових сервісів підтримки ветеранів. Таким інструментом стала система «Е-Ветеран», що забезпечує доступ до інформації про соціальні гарантії, психологічну допомогу, санаторно-курортне лікування та інші послуги. Розвиток цифрових рішень спрямований на спрощення комунікації між ветеранами та державними інституціями, скорочення адміністративних процедур під час отримання допомоги [134; 306]. Значний внесок у СПА комбатантів здійснюють міжнародні та громадські організації. Зокрема, програма реінтеграції ветеранів «IREX» реалізує проєкти, спрямовані на розширення доступу до психосоціальної допомоги, фізичної реабілітації, професійного навчання та працевлаштування ветеранів. Вона підтримує сервіси психологічної допомоги, освітні проєкти, консультаційні платформи для ветеранів та роботодавців, ініціативи з розвитку нових професійних компетентностей [244].

Паралельно відбувається інституціоналізація системи психологічної допомоги ветеранам. У 2022 р. в Україні було розпочато впровадження трирівневої моделі її надання, яка передбачає поєднання базової психологічної підтримки, спеціалізованої психологічної допомоги та комплексної медико-психологічної допомоги у випадках психічних розладів, що потребують

клінічного втручання. Запровадження такої моделі спрямоване на забезпечення безперервності психологічного супроводу, координацію діяльності різних суб'єктів надання допомоги та підвищення доступності психосоціальних послуг для ветеранів на різних етапах їхнього відновлення та соціальної інтеграції [266].

Проведений аналіз засвідчує трансформацію програм соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні від переважно реабілітаційної моделі до моделі комплексної соціальної реінтеграції. Якщо на початковому етапі робота була спрямована на медико-психологічне відновлення та подолання наслідків бойової травматизації, то сучасні підходи орієнтовані на забезпечення повноцінного включення ветерана у систему соціальних, професійних, економічних і громадських відносин. Розширення змісту адаптаційних програм супроводжується впровадженням механізмів психологічного супроводу, соціального сервісного забезпечення, професійної та підприємницької самореалізації, цифрових інструментів підтримки та практик громадської участі.

Узагальнення наукових, нормативно-правових та практикоорієнтованих підходів дозволяє розглядати соціально-психологічну адаптацію ВК як багатовимірний процес, що реалізується через комплекс напрямів діяльності, які виконують окрему адаптаційну функцію, проте їх результативність визначається системною взаємодією психологічних, медико-реабілітаційних, соціальних, професійних, освітніх та громадських механізмів підтримки. Аналіз сучасних нормативно-правових документів, наукових досліджень і практик ветеранської політики засвідчує поступове розширення змісту адаптаційної діяльності від подолання наслідків бойової травматизації до забезпечення довгострокової соціальної реінтеграції особистості. На основі проведеного аналізу здійснено систематизацію основних напрямів соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні, яку представлено в табл. 6.2 [102; 112; 120; 121; 134; 245; 259; 266; 305; 389].

Таблиця 6.2

Основні напрями соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні

№ п/п	Напрям	Зміст роботи	Очікуваний адаптаційний результат
1.	Психологічна реабілітація	Психологічне консультування, психотерапія, кризове втручання, профілактика та корекція ПТСР, психодіагностика	Відновлення психоемоційної стабільності та адаптаційних ресурсів особистості
2.	Медико-психологічна реабілітація	Поєднання медичних, психологічних, фізіотерапевтичних і реабілітаційних заходів у межах мультидисциплінарного підходу	Відновлення фізичного та психічного функціонування
3.	Соціальний супровід	Допомога в отриманні соціальних послуг, пільг, статусів, супровід через інститут помічника ветерана	Підвищення рівня соціальної інтеграції та доступності державної підтримки
4.	Сімейна підтримка	Сімейне консультування, психоосвіта, підтримка членів родини, які здійснюють догляд	Збереження сімейного функціонування та зниження рівня внутрішньосімейної напруженості
5.	Професійна адаптація	Профорієнтація, перекваліфікація, підтримка працевлаштування, розвиток ветеранського підприємництва	Відновлення економічної самостійності та професійної самореалізації
6.	Фізкультурно-спортивна реабілітація	Адаптивний спорт, спортивні програми для ветеранів, фізкультурно-оздоровчі заходи	Поліпшення фізичного стану та соціальної активності
7.	Цифрова психологічна підтримка	Онлайн-платформи MARTA, «Е-ветеран», дистанційне консультування та психодіагностика	Розширення доступності психологічної допомоги

Продовження табл. 6.2

№ п/п	Напрям	Зміст роботи	Очікуваний адаптаційний результат
8.	Громадська інтеграція	Участь у ветеранських організаціях, громадських ініціативах, волонтерських проєктах	Формування нових соціальних ролей та зміцнення соціального капіталу
9.	Освітньо-розвивальні програми	Навчання, підвищення кваліфікації, розвиток нових компетентностей	Підвищення конкурентоспроможності та розширення життєвих перспектив
10.	Формування психологічно безпечного соціального середовища	Розвиток сприятливого соціального клімату, зміцнення міжособистісної взаємодії, профілактика соціальної ізоляції, створення умов психологічної безпеки в громаді та соціальних інституціях	Підвищення рівня психологічного благополуччя, соціальної включеності та стійкості до дезадаптаційних впливів

Узагальнення наведених напрямів дає підстави стверджувати, що українська модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів поступово трансформується від переважно реабілітаційного підходу до інтеграційної моделі. Її зміст виходить за межі психологічної допомоги та охоплює систему взаємопов’язаних механізмів соціальної, професійної, сімейної та громадської інтеграції.

Функціонування системи СПА важкопоранених комбатантів в Україні відбувається в умовах розширення міжнародної міжінституційної взаємодії, яка охоплює державний, громадський, професійний та донорський рівні. Міжнародне співробітництво забезпечує залучення фінансових ресурсів, трансфер професійних практик, впровадження стандартів психосоціальної підтримки, розвиток кадрового потенціалу та модернізацію організаційних механізмів роботи з ветеранами. У сучасних умовах міжнародна взаємодія набуває системного характеру та інтегрується в основні процеси розвитку сфери реабілітації, психологічної допомоги, соціального супроводу та

громадської реінтеграції ветеранів. Її зміст реалізується через сукупність механізмів, які забезпечують ресурсне, нормативно-методичне, кадрове, організаційне та технологічне підґрунтя функціонування адаптаційної системи. Узагальнення структурних компонентів міжнародної співпраці у сфері соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні представлено в табл. 6.3 [241; 266; 305; 317; 384; 386; 389].

Таблиця 6.3

Механізми міжнародної співпраці у сфері соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

№ п/п	Механізм міжнародної співпраці	Зміст взаємодії	Основні суб'єкти
1.	Фінансово-ресурсна підтримка	Фінансування реабілітаційних програм, розвиток ветеранських сервісів, медичної та психосоціальної допомоги	Міжнародні донорські організації, USAID, гуманітарні фонди
2.	Нормативно-методичне забезпечення	Впровадження міжнародних стандартів психічного здоров'я та психосоціальної підтримки	ВООЗ, міжнародні експертні мережі
3.	Професійна підготовка фахівців	Навчання спеціалістів із психологічної допомоги, кризового реагування та супроводу ветеранів	Український Червоний Хрест, ВООЗ, Координаційний центр психічного здоров'я
4.	Розвиток громадянської активності ветеранів	Підтримка ветеранського лідерства, громадських ініціатив та участі у суспільному житті	Європейський фонд на підтримку демократії та партнерські організації
5.	Мережування та міжсекторальна взаємодія	Координація діяльності державних, громадських і міжнародних суб'єктів підтримки ветеранів	Міжнародні організації, територіальні громади, ветеранські об'єднання

Міжнародна взаємодія поступово інтегрується в інституційну структуру СПА важкопоранених комбатантів, впливаючи на формування нормативно-правових засад, зміст професійної підготовки фахівців, організацію психологічної допомоги, розвиток цифрових сервісів та механізмів громадської участі ветеранів. У результаті відбувається поєднання національного досвіду із міжнародними підходами до психосоціального відновлення осіб, які зазнали наслідків бойової травматизації. Проведене узагальнення дає підстави розглядати міжнародне співробітництво як окремий інституційний ресурс розвитку системи соціально-психологічної адаптації ВК. Його вплив простежується на нормативному, організаційному, професійному та технологічному рівнях функціонування адаптаційних практик. Багаторівнева інтеграція міжнародного досвіду сприяє розширенню можливостей міжвідомчої взаємодії, стандартизації послуг, підвищенню якості психосоціального супроводу та формуванню стійких механізмів реінтеграції ветеранів у цивільне середовище.

Проведений аналіз засвідчив, що система соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів в Україні характеризується поступовим переходом від реабілітаційно орієнтованих моделей до комплексного підходу, спрямованого на відновлення. Поряд із позитивною динамікою її розвитку зберігається потреба в подальшому вдосконаленні механізмів міжвідомчої координації, стандартизації адаптаційних послуг та розширенні інструментів довгострокового супроводу ветеранів після завершення реабілітації. Перспективним напрямом розвитку є формування інтегрованої моделі адаптації, де медичні, психологічні, соціальні, освітні та професійні сервіси функціонуватимуть як єдина система підтримки. Подальшого розвитку потребують механізми оцінювання результативності адаптаційних програм, цифрові технології супроводу ветеранів, практики залучення територіальних громад і ветеранських об’єднань до процесів соціальної реінтеграції, що створює передумови для переходу від переважно

сервісної моделі підтримки до моделі сталого відновлення соціальної суб'єктності та суспільної участі важкопоранених комбатантів.

6.5. Порівняльний аналіз підходів різних країн світу та України до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

Дослідження сучасних підходів до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів засвідчує, що, попри спільність стратегічної мети, національні системи реабілітації формуються під впливом особливостей державної політики, моделей організації охорони здоров'я та соціального захисту, інституційної структури ветеранської підтримки, а також досвіду участі держав у воєнних конфліктах. Міжнародні практики відрізняються пріоритетами адаптаційної політики, механізмами координації допомоги, співвідношенням державного і громадського секторів та концептуальним розумінням змісту соціально-психологічної адаптації.

Аналіз зарубіжних досліджень свідчить про поступову трансформацію підходів від реабілітаційних моделей, орієнтованих переважно на відновлення фізичного та психічного здоров'я військовослужбовців, до моделей комплексної реінтеграції. У межах останніх адаптація розглядається як багатовимірний процес відновлення соціального функціонування, професійної самореалізації, сімейних взаємин, громадянської участі та якості життя ветерана. У сучасних наукових працях М. Беземанн, М. Винник, К. Дзивак, М. Кукли, Б. Матушевського, М. Пустовойта, Н. Раттрея, І. Ромаш, М. Фланагана, Р. Франкела та інших учених застосовуються біопсихосоціальний і біопсихосоціально-духовний підходи, які інтегрують медичні, психологічні, соціальні, професійні та екзистенційні компоненти відновлення особистості [453; 369; 431]. Порівняння міжнародного досвіду дає підстави стверджувати, що відмінності між національними системами визначаються передусім особливостями організації допомоги, характером міжвідомчої

взаємодії, співвідношенням державних і недержавних механізмів підтримки та місцем ветерана у процесі власного відновлення. Узагальнення опрацьованих наукових праць і практик дає змогу виокремити моделі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, які відрізняються домінуючим організаційним механізмом забезпечення реінтеграції, характером інституційної взаємодії та провідними напрямами психологічної, соціальної й професійної підтримки.

Узагальнення міжнародного досвіду дало змогу систематизувати сучасні підходи до соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів за домінуючими організаційними характеристиками. Запропонована типологія не передбачає жорсткого віднесення національних систем до окремих моделей, оскільки в практиці різних країн поєднуються ознаки кількох підходів. Така систематизація дає змогу визначити провідні концептуальні засади організації адаптаційного процесу, виявити спільні та відмінні характеристики національних систем і здійснити їх подальше порівняння з українською практикою (табл. 6.4) [118; 359; 360; 369; 382; 394; 403; 431; 439; 453].

Таблиця 6.4

Типологія моделей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів

№ п/п	Модель соціально-психологічної адаптації	Країни, у яких модель є найбільш вираженою	Домінуючий організаційний механізм	Концептуальна характеристика
1.	Ветеранська інституційна	США	Спеціалізована система ветеранської політики	Функціонування автономної мережі медичних, психологічних, соціальних та освітніх сервісів, інтегрованих у єдину систему підтримки ветеранів

Продовження табл. 6.4

№ п/п	Модель соціально-психологічної адаптації	Країни, у яких модель є найбільш вираженою	Домінуючий організаційний механізм	Концептуальна характеристика
2.	Біопсихо-соціальна	Канада	Людино-центрична мультидисци-плінарна реабілітація	Інтеграція фізичного, психологічного, соціального та духовного відновлення на основі індивідуальної траєкторії реабілітації
3.	Інтегрована державна	Франція, Німеччина	Міжвідомча взаємодія державних інституцій	Координація медичних, соціальних, професійних та правових механізмів підтримки в межах системи соціального забезпечення
4.	Травмо-орієнтована	Ізраїль	Довготривалий психосоціальний супровід	Індивідуалізація допомоги, урахування моральної травми, кейс-менеджмент, тривалий супровід ветерана та його сім'ї
5.	Громадсько-реінтегра-ційна	Велика Британія, Австралія	Партнерство держави, громади та громадських організацій	Реінтеграція через місцеві громади, ветеранські хаби, мережі взаємної підтримки та розвиток соціального капіталу
6.	Перехідна інтегрована	Україна	Поєднання державних, громадських та міжнародних механізмів	Становлення комплексної системи соціально-психологічної адаптації, що інтегрує медичну, психологічну, соціальну, професійну та громадську складові

Запропонована типологія засвідчує, що сучасні системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів характеризуються поступовою конвергенцією організаційних підходів. Незалежно від історичних, політичних та інституційних особливостей окремих держав, їх розвиток відбувається у напрямі інтеграції медичних, психологічних, соціальних, професійних і громадських механізмів підтримки в цілісну систему реінтеграції ветеранів.

Водночас порівняльний аналіз засвідчує наявність принципових відмінностей між національними моделями, які проявляються у характері державного управління, співвідношенні функцій державних і громадських інституцій, механізмах координації між суб'єктами адаптації, рівні індивідуалізації допомоги, а також ролі сім'ї, територіальної громади та самого комбатанта у процесі відновлення. Сукупність цих характеристик визначає специфіку функціонування кожної системи та формує її адаптаційний потенціал. Зіставлення міжнародних моделей із сучасною українською практикою дає змогу визначити спільні закономірності їх розвитку та окреслити організаційні особливості, що потребують подальшого вдосконалення. З цією метою здійснено порівняльний аналіз основних характеристик систем соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів у США, європейських країнах та Україні за такими критеріями: механізми міжвідомчої взаємодії, зміст психологічної допомоги, роль сім'ї та територіальної громади, напрями професійної реінтеграції, рівень цифровізації послуг і підходи до оцінювання результативності адаптаційного процесу (табл. 6.5) [118; 359; 360; 369; 382; 394; 403; 431; 439; 453].

Таблиця 6.5

Порівняльний аналіз організаційних характеристик систем соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів у США, європейських країнах та Україні

№ п/п	Критерій порівняння	США	Європейські країни	Україна
1.	Концептуальна основа системи	Біопсихосоціальна реінтеграція ветерана	Інтегрована соціальна реабілітація	Комплексна соціально-психологічна адаптація, що перебуває на етапі інституційного розвитку
2.	Організаційна модель	Автономна ветеранська система	Інтеграція у державну систему соціального захисту та охорони здоров'я	Поєднання державних, громадських та міжнародних механізмів
3.	Координація допомоги	Спеціалізовані ветеранські служби	Міжвідомча координація	Комбінована міжсекторальна взаємодія
4.	Основний об'єкт підтримки	Важкопоранений комбатант та члени його сім'ї	Важкопоранений комбатант у системі соціальних відносин	Важкопоранений комбатант, сім'я та територіальна громада
5.	Домінуючий психологічний підхід	Відновлення психологічного благополуччя, соціальних компетентностей і якості життя	Психосоціальна інтеграція та довготривалий супровід	Психологічна реабілітація із поступовим розширенням до соціальної інтеграції
6.	Роль сім'ї	Інтегрована складова реабілітації	Обов'язковий компонент адаптації	Напрям, що активно розвивається
7.	Роль громади	Партнер державної системи	Основне середовище соціальної інтеграції	Інституційно формується

Продовження табл. 6.5

№ п/п	Критерій порівняння	США	Європейські країни	Україна
8.	Участь громадських організацій	Інституціоналі-зована	Інтегрована у систему соціальних послуг	Компенсує недостатню розвиненість окремих державних сервісів
9.	Професійна реінтеграція	Індивідуальні програми переходу до цивільного життя	Довготривала професійна підтримка	Професійна адаптація, перекваліфі-кація, грантові програми
10.	Цифрові сервіси	Повністю інтегровані у систему допомоги	Високий рівень цифрової підтримки	Активно розвиваються
11.	Оцінювання результатів	Якість життя, соціальне функціонування	Рівень соціальної інтеграції та функціональної незалежності	Переважно клінічні й соціальні показники
12.	Стратегічна мета	Відновлення повноцінного цивільного життя	Довготривала соціальна інтеграція	Формування комплексної системи реінтеграції ветеранів

Як бачимо, розвиток сучасних систем соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів відбувається в межах єдиної міжнародної тенденції, яка полягає у переході від переважно медико-реабілітаційного підходу до комплексних моделей соціальної реінтеграції. Незважаючи на відмінності у структурі державного управління, механізмах фінансування та рівні розвитку ветеранської політики, більшість досліджених країн показує, що адаптація є безперервним процесом, що охоплює лікування, психологічне відновлення, професійну реалізацію, сімейну підтримку та включення ветерана до системи суспільних відносин.

Спільною характеристикою міжнародних моделей є інституціоналізація міждисциплінарного підходу, відповідно до якого психологічна допомога

інтегрується із медичною, соціальною, професійною та правовою підтримкою. Реабілітаційний процес координується за участю фахівців різного профілю. Ефективність адаптації визначається клінічними показниками, рівнем соціального функціонування, професійної активності, якості життя та здатності ветерана виконувати нові соціальні ролі після завершення військової служби. Проведене порівняння виявило організаційні відмінності між американською, європейською та українською моделями. Американський підхід характеризується високим рівнем автономності системи ветеранської політики, функціонуванням спеціалізованої мережі установ та широким використанням персоналізованих програм супроводу важкопораненого комбатанта. У країнах Європи домінує інтеграція ветеранських сервісів у загальнодержавну систему охорони здоров'я, соціального захисту та професійної реабілітації, що забезпечує міжвідомчу координацію допомоги та її територіальну доступність. Українська система соціально-психологічної адаптації перебуває на етапі інституційного розвитку та характеризується поєднанням окремих елементів американської й європейської моделей. Відбувається формування спеціалізованої ветеранської інфраструктури, розвиток цифрових сервісів, програм професійної адаптації та психологічної підтримки, розширюється участь територіальних громад, органів місцевого самоврядування, громадських організацій і міжнародних партнерів у забезпеченні соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів. Багатосуб'єктність формує змішаний характер української моделі та визначає її подальший напрям інституційного розвитку.

Результати проведеного порівняльного аналізу дають підстави стверджувати, що сучасні міжнародні системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів розвиваються у напрямі уніфікації їх концептуальних засад, зберігаючи національну специфіку організаційного забезпечення. Характеристиками ефективної системи виступають безперервність реабілітаційного маршруту, міждисциплінарний характер допомоги, індивідуалізація адаптаційних заходів, активне залучення сім'ї,

розвиток механізмів професійної реінтеграції, використання цифрових технологій та участь територіальних громад у забезпеченні соціального функціонування ветеранів. На відміну від більшості держав із тривалими традиціями реалізації ветеранської політики, в Україні становлення системи соціально-психологічної адаптації відбувається одночасно з її нормативним, інституційним і практичним розвитком в умовах воєнного стану, що зумовлює поєднання процесів формування законодавчого забезпечення, розбудови спеціалізованої інфраструктури, підготовки кадрового потенціалу, розвитку міжвідомчої взаємодії та впровадження міжнародних практик у єдиному часовому вимірі. Українська модель характеризується високою динамічністю, відкритістю до інституційних змін та здатністю інтегрувати ефективні зарубіжні підходи відповідно до національних потреб.

Отже, перспективність подальшого розвитку української системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів визначається системною інтеграцією міжнародного досвіду в цілісну національну модель, побудовану на принципах безперервності допомоги, міжсекторальної взаємодії, людиноцентричності, індивідуалізації адаптаційного маршруту та активної участі ветерана у процесі власної реінтеграції. Поєднання принципів формує методологічне підґрунтя переходу від моделі компенсації наслідків бойової травми до моделі відновлення соціальної суб’єктності, що відповідає сучасним міжнародним тенденціям розвитку систем підтримки комбатантів.

Висновки до розділу

У розділі здійснено комплексний аналіз державних і громадських механізмів підтримки важкопоранених комбатантів, а також міжнародних моделей їх реінтеграції у соціум та обґрунтовано основні складові ефективної реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя.

Наголошено, що сучасна державна ветеранська політика України характеризується переходом від компенсаційної моделі соціального захисту до комплексної моделі соціально-психологічної адаптації, яка інтегрує медичні, психологічні, соціальні, професійні та громадські механізми підтримки. Систематизовано державні проєкти відповідно до їх соціально-психологічного призначення та виокремлено такі основні групи: проєкти відновлення психологічного й фізичного функціонування; соціального супроводу та координації допомоги; соціальної реінтеграції і відновлення соціальних ролей; соціальної включеності та громадської участі. Доведено, що вони виконують функцію макросоціальних ресурсів адаптації, забезпечуючи формування умов для відновлення психологічного благополуччя, соціальної активності, соціальної суб’єктності й інтеграції ветеранів у цивільне життя.

Обґрунтовано, що недержавні громадські організації є самостійною складовою системи соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. На основі аналізу їх діяльності запропоновано класифікацію проєктів недержавного сектору, до якої віднесено програми психологічної підтримки, професійної реінтеграції, соціального супроводу, розвитку ветеранських спільнот, просвітницькі та антистигматизаційні ініціативи, а також програми комплексної фізичної, психологічної й соціальної реабілітації. Установлено, що громадський сектор забезпечує розвиток соціального капіталу ветеранів шляхом формування

горизонтальних соціальних зв'язків, мереж взаємодопомоги, підтримки сімейного функціонування та громадської активності.

У результаті аналізу міжнародного досвіду визначено особливості американської, європейської та української моделей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. Зазначено, що американський підхід характеризується функціонуванням спеціалізованої ветеранської інфраструктури, персоналізованим супроводом, розвитком адаптивного спорту та довготривалих програм підтримки; європейський – інтеграцією ветеранських сервісів у загальнодержавні системи охорони здоров'я, соціального захисту й місцевих громад; український – перебуває на етапі інтенсивного інституційного становлення та поєднує елементи обох моделей.

Узагальнення результатів проведеного дослідження надало змогу запропонувати типологію моделей соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, яка включає ветеранську інституційну, біопсихосоціальну, інтегровану державну, травмоорієнтовану, громадсько-реінтеграційну та перехідну інтегровану моделі. Проведено їх порівняльний аналіз за організаційними критеріями та визначено місце української системи у сучасному міжнародному просторі ветеранської політики й окреслено перспективні напрями її розвитку.

На основі узагальнення результатів констатувального та формувального етапів дослідження, а також міжнародного досвіду започатковано проєкт «Мережа соціального відновлення», концептуальною основою якого визначено розвиток соціального капіталу як провідного ресурсу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Проєкт спрямований на розширення соціальних зв'язків ветеранів, зміцнення сімейних ресурсів, розвиток взаємопідтримки, громадської активності та забезпечення безперервного міжсекторального супроводу важкопоранених комбатантів на всіх етапах їх повернення до цивільного життя.

Розкрито основні складові реалізації розробленої програми, що визначаються ефективністю соціально-психологічної підтримки

важкопоранених комбатантів, включаючи державні, недержавні та психологічні механізми допомоги. Доведено, що соціально-психологічна підтримка є основним компонентом успішної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та установлено, що найбільшу успішність забезпечує комплексний підхід, який поєднує соціально-психологічний супровід, медичну реабілітацію, соціальну підтримку, професійну реінтеграцію, правове забезпечення та координацію діяльності державних і недержавних інституцій. Наголошено на ролі державних програм системи охорони здоров'я, ветеранської політики, діяльності реабілітаційних центрів, громадських організацій, ветеранських просторів і психологічних служб у забезпеченні успішності реалізації інтегрованої програми адаптації важкопоранених комбатантів, а також на необхідності удосконалення міжвідомчої взаємодії, розширенні доступності соціально-психологічної допомоги та впровадженні інноваційних психосоціальних технологій супроводу, зокрема у межах започатковано проєкту «Мережа соціального відновлення».

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [2.2; 2.5; 2.20; 2.26; 2.27; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.7; 3.8; 3.13; 3.14].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексне теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення актуальної наукової проблеми соціальної психології, що полягає у визначенні соціально-психологічних засад адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Запропонована концепція дослідження забезпечила можливість системного розкриття соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та можливостей її оптимізації в умовах сучасних соціогенних викликів. Узагальнення отриманих у дисертаційному дослідженні результатів дозволило зробити такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення процесу адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. На основі узагальнення сучасних вітчизняних та зарубіжних досліджень уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження та розкрито сутність поняття «важкопоранений комбатант» як учасника бойових дій, який унаслідок тяжкого бойового поранення зазнав стійких фізичних, психологічних і соціальних змін, що впливають на його життєдіяльність, виконання соціальних ролей та потребують комплексної медичної, соціально-психологічної і професійної підтримки. Систематизовано основні категорії важкопоранених комбатантів залежно від характеру бойових травм, рівня втрати функціональних можливостей, психологічних наслідків та особливостей соціального функціонування. Визначено, що соціально-психологічними особливостями цієї категорії осіб є високий рівень психоемоційного напруження, посттравматичні реакції, зміни самооцінки, порушення образу власного тіла, зниження відчуття особистої ефективності, трансформація життєвих цінностей, труднощі відновлення соціальної активності, професійної самореалізації та міжособистісної взаємодії. Установлено, що специфіка адаптації важкопоранених

комбатантів визначається комплексною трансформацією Я-концепції, образу власного тіла, професійної та соціальної ідентичності, сімейних ролей і життєвих перспектив, а процес їх адаптації потребує формування нової інтегрованої системи самосприйняття та соціального функціонування з урахуванням змінених функціональних можливостей.

2. Наведено концептуальне соціально-психологічне обґрунтування дослідження проблеми адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя через доцільність використання міждисциплінарного підходу, який інтегрує соціально-психологічні, когнітивно-поведінкові, гуманістичні, біопсихосоціальні, екологічні та ресурсні концепції розвитку особистості. Концептуальним підґрунтям запропонованої системи визначено інтеграцію системного, особистісно-орієнтованого та біопсихосоціального підходів. Наголошено, що системний підхід забезпечує розгляд адаптації як цілісної системи особистісних, психоемоційних, сімейних і соціальних компонентів; особистісно-орієнтований – зосередження на суб'єктності важкопораненого комбатанта, його індивідуальних потребах, ресурсах, цінностях, життєвих смислах та здатності до конструювання нової життєвої перспективи; біопсихосоціальний – інтеграцію фізичних наслідків тяжкого поранення, психологічних процесів і соціальних умов життєдіяльності. Їх поєднання надає можливість розглядати адаптацію як багатовимірний процес фізичного та психоемоційного відновлення, трансформації Я-концепції та ідентичності, перебудови копінг-стратегій, відновлення сімейного функціонування і соціальної реінтеграції важкопоранених комбатантів, з урахуванням нових функціональних можливостей та особистісних обмежень. Запропоновано концепцію соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя як багаторівневого, динамічного й безперервного процесу відновлення особистісного, соціального функціонування, що відбувається в умовах взаємодії індивідуальних ресурсів особистості, сімейного середовища, системи

медико-соціальної та психосоціальної реабілітації, державної політики та громадської підтримки.

3. Визначено систему критеріїв та показників соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Показано, що до основних критеріїв соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів віднесено психоемоційний стан, психологічну стійкість, рівень соціального функціонування, особливості сімейної взаємодії, мотиваційно-ціннісну сферу, суб'єктивне благополуччя, здатність до саморегуляції та соціальної інтеграції. Проведене емпіричне дослідження дало змогу встановити, що переважна більшість важкопоранених комбатантів характеризується недостатнім рівнем соціально-психологічної адаптації, підвищеними показниками тривожності, депресивності, емоційного виснаження та недостатнім рівнем психологічної стійкості. Виявлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем соціально-психологічної адаптації та показниками життєстійкості, соціальної підтримки, сімейного функціонування, життєвої задоволеності, тривожності й депресії.

4. Виокремлено об'єктивні та суб'єктивні чинники, що впливають на процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та визначають її успішність. До об'єктивних чинників віднесено тяжкість і характер поранення, якість медичної допомоги, доступність реабілітаційних послуг, соціально-економічний статус, державні соціальні гарантії, можливості професійної перепідготовки та працевлаштування, рівень соціальної підтримки. До суб'єктивних чинників належать психологічна стійкість, рівень тривожності, депресивності, особливості самооцінки, мотивація до відновлення, специфіка саморегуляції та копінг-стратегій, суб'єктивне благополуччя та готовність до прийняття нових життєвих умов. Підкреслено, що до провідних чинників адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя слід віднести прийняття зміненого образу тіла, реконструкцію особистісної та соціальної ідентичності, готовність до зміни професійних і сімейних ролей, здатність

формувати нову систему життєвих смислів. Доведено, що процес соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя формується внаслідок взаємодії зазначених чинників, а його успішність визначається рівнем психологічних ресурсів особистості та соціального середовища. На цій основі розроблено структурно-функціональну модель соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка відображає взаємозв'язок її компонентів, механізмів, чинників та очікуваних результатів.

5. Розкрито ресурсну роль сімейної взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. З'ясовано, що якість сімейної взаємодії, емоційна підтримка, довіра, згуртованість, адаптивність системи, ефективна комунікація та активна участь її членів у процесі лікування й реабілітації позитивно впливають на психологічне благополуччя військовослужбовців, сприяють формуванню внутрішньої мотивації до відновлення, зменшенню проявів тривоги, депресії та соціальної ізоляції. Доведено необхідність системного соціально-психологічного супроводу сімей важкопоранених комбатантів, їх соціально-психологічного консультування, психоосвіти, розвитку навичок конструктивної взаємодії та залучення родин до комплексної реабілітації ветеранів. Розроблено методику оцінювання взаємодії у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, яка довела свою практичну ефективність у процесі її впровадження.

6. Розроблено, апробовано й експериментально перевірено інтегровану соціально-психологічну програму адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя, яка включає діагностико-прогностичний, стабілізаційно-ресурсний, реконструктивно-особистісний, соціально-реінтеграційний та підтримувально-моніторинговий модулі. Результати апробації запропонованої програми підтвердили її високу ефективність, що підтверджена статистично значущим підвищенням рівня соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів, їх життєвої

задоволеності, психологічної стійкості, покращенням психоемоційного стану та зниженням проявів дезадаптації.

Розкрито основні складові реалізації розробленої програми, що визначаються ефективністю соціально-психологічної підтримки важкопоранених комбатантів, включаючи державні, недержавні та соціально-психологічні механізми допомоги. Доведено, що соціально-психологічна підтримка є основним компонентом успішної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя та установлено, що найбільшу успішність забезпечує комплексний підхід, який поєднує соціально-психологічний супровід, медичну реабілітацію, професійну реінтеграцію, правове забезпечення та координацію діяльності державних і недержавних інституцій. Наголошено на ролі державних програм системи охорони здоров'я, ветеранської політики, діяльності реабілітаційних центрів, громадських організацій, ветеранських просторів і психологічних служб у забезпеченні успішності реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми адаптації важкопоранених комбатантів, а також на необхідності удосконалення міжвідомчої взаємодії, розширенні доступності соціально-психологічної допомоги та впровадженні інноваційних психосоціальних технологій супроводу.

Перспективи подальшого дослідження. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів вивчення соціально-психологічних основ адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя. Перспективним вбачаємо вивчення довгострокової динаміки соціально-психологічної адаптації військовослужбовців на різних етапах післябойового відновлення, з урахуванням змін їх психоемоційного стану, соціального функціонування та якості життя. Подальшого дослідження потребує вплив цифрових технологій, телемедицини, онлайн-психологічного консультування та дистанційних програм психологічної підтримки на ефективність адаптації й реабілітації ветеранів. Наукового опрацювання потребують також питання професійної реінтеграції, розвитку сімейно-орієнтованих програм

психологічної підтримки, формування життєстійкості та особистісних ресурсів, залежно від характеру бойового поранення та особливостей психоемоційного стану комбатантів. Важливим є продовження дослідження ефективності інтегрованих і мультидисциплінарних моделей психологічної, медичної та соціальної допомоги, спрямованих на забезпечення стійкої соціально-психологічної адаптації, підвищення якості життя та успішної реінтеграції важкопоранених комбатантів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна Г. В. Використання наративних практик для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій. *Особистість в умовах кризових викликів сучасності :* матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / за ред. академіка НАПН України С. Д. Максименка. Київ, 2016. С. 427–433.

2. Абаніна Г., Корецький В. Психологічні особливості життєвої перспективи комбатантів. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 2 (66). С. 157–164.

3. Акименко Ю. Ф., Сила Т. І. Як допомогти родині учасника бойових дій : метод. посібник для соціальних працівників і психологів. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с.

4. Актуальні питання соціальної роботи : навч. посіб. / за ред. О. В. Епель, Т. Л. Лях, І. В. Силантьєва. Ужгород : РІК-У, 2023. 420 с.

5. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства : збірник матеріалів IX Міжнародної науково-практичної конференції, м. Ірпінь, 25–29 квітня 2024 року. Ірпінь : Державний податковий університет, 2024. 582 с.

6. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: методичні рекомендації / Н. А. Агаєв та ін. ; Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.

7. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2015. № 1. С. 5–10.

8. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров’я військовослужбовців : методичний посібник

для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. Київ : Вища школа, 2017. 134 с.

9. Аналіз системи соціального захисту ветеранів та військовослужбовців. *Національний фонд на підтримку демократії*, 2022. 142 с. URL: https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022-Bila-kniga.pdf.

10. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Вид-во ХГУ «НУА», 2022. 192 с.

11. Арттерапія і війна: контексти і досвід практичної роботи : колективна монографія / за ред. Н. Кальки, Г. Одинцової. Львів : ЛьвДУВС, 2023. 283 с.

12. Асанова А., Мухаровська І. Дослідження психічних феноменів в структурі хронічного болю: депресія, тривога, катастрофізація. Огляд літератури. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. № 4. С. 1–10.

13. Астремська І. В., Галиченко О. О., Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою методом гештальт-терапії. *Габітус*. 2021. № 30. С. 85–90.

14. Барна О. М., Аліфер О. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству. *Ліки України.* 2022. № 1 (257). С. 17–22.

15. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.

16. Берегова Н. П., Джигун Л. М. Психологічна реабілітаційна робота військовослужбовців з психічними травмами. Теорія та практика формування особистості як суб'єкта самотворення і самозбереження : монографія. Хмельницький : ФОП Цюпак А. А., 2021. С. 311–325.

17. Беспалько А., Сафін О. Психологічна декомпресія як система первинного відновлення копінг-ресурсів військовослужбовців, що брали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Харків : НУЦЗУ, 2021. № 1 (1). С. 45–59.

18. Бєлай С. В., Минько О. В., Головня А. Ф. Мотивація військовослужбовців в умовах сучасних загроз: визначення та вплив на професійний розвиток. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 11 (25). С. 144–156.

19. Бігун Н. І. Профілактична робота в практичній психології : навч.-метод. комплекс дисципліни. Кам'янець-Подільський, 2019. 96 с.

20. Білова М. Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2007. 20 с.

21. Білова М. Е., Будіянський М. Ф. Профілактика стресових станів: тілесно орієнтовані, когнітивні, медитативні техніки. *Габітус*. 2021. № 26. С. 158–162.

22. Біопсихосоціальна модель фізичної реабілітації / Р. В. Слухенська та ін. *Академічні візії*. 2024. № 36. С. 1–9.

23. Благодійний фонд «Ракада» допомагає внутрішньо переміщеним українцям, біженцям і шукачам захисту. *Ракада. Благодійний фонд*. URL: https://rokada.org.ua/about-us/.

24. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.

25. Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу : навч.-метод. посіб. Київ : Талком, 2020. 130 с.

26. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ). *Психологічний часопис :* зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка. Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2017. № 5 (9). С. 32–43.

27. Блінов О. А. Психологічний захист від бойового стресу в збройних силах провідних країн світу. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Ін-

ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. 2017. № 38. С. 38–52.

28. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.

29. Блінов О. А. Теоретичні уявлення та практичні здобутки психологічної реабілітації поранених комбатантів. *Науковий вісник Чернівецького університету* : зб. наук. пр. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2015. № 739. С. 7–14.

30. Блінов О. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 1 (25). С. 16–22. DOI: https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.2.

31. Блінов О. А., Максименко С. Д., Черненко І. О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР) : наук.-метод. видання. Київ : Талком, 2019. 23 с.

32. Бойко О., Горун Г. Самооцінка як важливий критерій становлення особистості. *Вісник національного університету оборони України*. 2023. № 2 (72). С. 29–34. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-72-2-29-34.

33. Боковець О. І., Баннікова С. О. Формування «синдрому відкладеного життя» в умовах війни. *Психологія та соціальна робота*. 2024. № 2 (60). С. 7–19.

34. Болотнікова І. В. Взаємозв’язок психофізіологічних особливостей з професійною життєстійкістю. *Особистісні та психофізіологічні ресурси професійної життєстійкості* : матеріали ІІ Наукового семінару (м. Київ, 16 вересня 2021 року). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. С. 10–11.

35. Больман С. Ю. Дослідження індивідуально-типологічних особливостей почуття сорому. *Проблеми сучасної психології* : зб. наукових праць. 2017. № 38. С. 67–77.

36. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб . / Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.

37. Бондаренко Г. С. Синдром відтермінованого життя – сучасні можливості терапії. *Газета «Здоров'я України 21 сторіччя».* 2022. № 7–8. (524–525). С. 2–3.

38. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. № 3. С. 7–12. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1.

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

40. Бриндіков Ю. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій у системі соціальних служб : дис. … д-ра пед. наук : 13.00.05. Тернопіл. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2019. 559 с.

41. Бріанна Вест. Тією горою є ви. Як перетворити самосаботаж на самовдосконалення. Київ : BookChef, 2023. 208 с.

42. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

43. Брук Р. Архетипічний підхід до терапії посттравматичного розладу у військових (комбатантів). *Психологія і суспільство*. 2022. № 2 (86). С. 135–148. DOI: https://doi.org/10.35774/pis2022.02.135.

44. Буковська О. О. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 29–32. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_128_9.

45. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з військовим синдромом та посттравматичним стресовим розладом. *Соціальна адаптація військовослужбовців* : зб. наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2015. № 3 (44). С. 137–141.

46. Вавринів О. С., Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2023. № 2. С. 11–15.

47. Важкопоранений. *Slovnyk.me*. URL: https://slovnyk.me/dict/vts/важкопоранений.

48. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник для студ. вищ. навч. закл. 3-тє. вид. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.

49. Васиньова Н. С., Іванов Є. В. Соціально-психологічна реабілітація і адаптація військовослужбовців до цивільного життя: виклики та шляхи їх подолання. *Суспільство та національні інтереси.* 2024. № 8 (8). С. 504–515. DOI: https://doi.org/10.52058/3041-1572-2024-8(8)-504-515.

50. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць КПНУ імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2018. № 40. С. 33–49.

51. Висновок на проект Закону України «Про комбатантів України». *Ліга 360*. URL: https://ips.ligazakon.net/document/XH73100A.

52. Виховання цінностей особистості: європейський вектор та національний контекст : кол. моногр. / Н. Безлюдна та ін. ; за ред. О. М. Коберника ; МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. Умань : Візаві, 2023. 392 с.

53. Вишньовський В. В., Періг І. М. Вплив психологічних інтервенцій на психологічне здоров'я людини в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія.* 2025. Т. 36 (75). № 1. С. 35–40.

54. Вишпольська А. О. Ґендерні особливості прояву емоційної сфери людини. Політ. Сучасні проблеми науки. *Гуманітарні науки : тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених і студентів* (м. Київ, 1–5 квітня 2019 р.); Національний авіаційний університет. Київ : НАУ, 2019. Т. 1. С. 278–280.

55. Відновлення через культуру: нові культурні проєкти для підтримки та реабілітації ветеранів і військових у громадах. *Міністерство культури України.* URL: https://mincult.gov.ua/news/vidnovlennya-cherez-kulturu-novi-kulturni-proyekty-dlya-pidtrymky-ta-reabilitacziyi-veteraniv-i-vijskovyh-u-gromadah.

56. Вільямс М. Б., Пойюла С. ПТСР : робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ : Вид-во Ростислава Бурлаки, 2023. 528 с.

57. Волков М. С. Вплив спеціальної фізичної підготовки на психологічну стійкість військовослужбовців. *Академічні візії*. 2023. № 21. С. 1–13.

58. Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія*. 2024. № 2. С. 7–11.

59. Ворона П. В. Шляхи соціальної реабілітації учасників українськоросійської війни на сході України: зарубіжний досвід. *Вісник НУЦЗ України. Серія : Державне управління*. 2018. Вип. 1 (8). С. 109–120.

60. Вус В. І. Терапевтичний потенціал малих груп у збереженні психічного здоров’я учасників бойових дій на сході України: аксіологічний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2019. № 43. С. 95–106.

61. Гаврилькевич В. К., Варвинець Л. А., Крук С. Л. Депресивні прояви у військовослужбовців:огляд літератури. *Scientific NotesLSULS. Pedagogy and Psychology*. 2024. № 2 (4). С. 91–98. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-1297/2024-2-15.

62. Гаврилькевич В. К., Кабашнюк В. О. Психофізіологія : навчальний посібник з грифом МОН. Львів : «Новий Світ-2000», 2013. 200 с.

63. Галич М. Концептуальні засади психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Юридична психологія*. 2025. № 1 (36). С. 43–51. DOI: https://doi.org/10.33270/03253601.5.

64. Гаркуша І. В. Особливості емоційної сфери особистості після переживання екстремальної ситуації. *European vector of contemporary*. 2019. № 1 (17). С. 61–68.

65. Герман Л. В. Основні стресові реакції людини в умовах війни. *Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України* : зб. тез Всеукр. міжвідомчого психологічного форуму (Київ, 30 червня 2022 р.). Київ : «Видавництво Людмила», 2022. С. 139–141.

66. Гончаренко М. І., Мельник А. В. Соціально-психологічні аспекти роботи з військовими у кризових ситуаціях. Дніпро : Ліра, 2023. 175 с.

67. Гончаренко С. Педагогічні дослідження. *Методологічні поради молодим науковцям.* Київ ; Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.

68. Горбачук Ю. Аналіз психологічних станів військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми особистісного зростання :* збірник наукових праць / ред. Л. П. Журавльова та ін. Житомир : Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2019. С. 40–42.

69. Гордієнко Є. П. Соціальна адаптація та психологічна реабілітація як засіб збереження соціального капіталу учасників бойових дій. *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. № 2 (56). С. 208–215.

70. Горностай П. Психологія колективних травм : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.

71. Гоцуляк Н. Психологічний аналіз емоційно-вольової сфери бійців-учасників операції Об’єднаних сил. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. *Серія : Психологічні науки*. 2019. № 2 (13). С. 81–93.

72. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Педагогічні та психологічні науки*. 2015. № 1 (74). С. 378–390.

73. Грант для ветеранів та членів їхніх сімей. *Дія*. URL: https://diia.gov.ua/services/grant-dlya-veteraniv-ta-chleniv-yihnih-simej.

74. Грейтенс Е. Стійкість: тяжко виборена мудрість для ліпшого життя. Харків : Фабула, 2021.432 с.

75. Гречко Т. Сутність і психологічні особливості вияву негативних психічних станів : збірник наукових праць. *Серія «Педагогічні та психологічні науки».* Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2009. Вип. 51. С. 130–134.

76. Грицюк І. М. Методичні рекомендації «Психологія сім'ї». Луцьк : ПП Волинська Друкарня, 2022. 54 с.

77. Громадська організація «Психологічна підтримка та реабілітація «Вільний Вибір». URL: https://www.vvybir.org.ua/about-us/

78. Гуд Г. О. Емоційна сфера особистості: теоретико- методологічний аспект дослідження. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 14. № 1. С. 84–94.

79. Гуляк У. Професійна мотивація військовослужбовців: досвід іноземних армій. *Вісник НУОУ*. 2022. № 3 (67). С. 47–55.

80. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 1. С. 228–240.

81. Ґоулман Д. Емоційний інтелект. Харків : Віват, 2023. 512 с.

82. Данилюк І., Предко В., Трайно Р. Характеристика основних структурних проявів життєстійкості особистості в умовах війни. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2023. № 51. С. 46–52. DOI: https://doi.org/10.32782/2312-8437.51.2023-1.6.

83. Даценко О. А. Задоволеність життям як критерій позитивного функціонування особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2020. № 10. С. 31–42.

84. Деменко О. Ф. Особливості соціальної адаптації особистості в умовах сучасного кризового суспільства. *Актуальні проблеми психологічної*

та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства : зб. матеріалів IV Всеукр. наук.-практ. круглого столу з міжнародною участю (м. Ірпінь, 24 квіт. 2019 р.). Ірпінь, 2019. С. 18–21.

85. Депресія: обличчя та маски / за ред. Н. Долішньої. Львів : Мс, 2006. 116 с.

86. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : Постанова Каб. Міністрів України від 15.11.2024 № 1338 : станом на 11 берез. 2026 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-п#Text.

87. Деякі питання ментальної, спортивної, фізичної, психологічної реабілітації та професійної адаптації ветеранів війни, членів їх сімей та деяких інших категорій осіб : Постанова Каб. Міністрів України від 18.03.2024 № 307 : станом на 24 січ. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/307-2024-п#Text.

88. Деякі питання надання грантів бізнесу : Постанова Каб. Міністрів України від 21.06.2022 № 738 : станом на 22 трав. 2026 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/738-2022-п#Text.

89. Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо запровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя : Постанова Каб. Міністрів України від 10.10.2023 № 1074. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2023-п#Text.

90. Деякі питання щодо індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю : Постанова Каб. Міністрів України від 20.08.2025 № 1021. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2025-п#Text.

91. Дідик Н. Ф. Роль сім'ї у підтримці психологічного стану військовослужбовця на різних етапах виконання службово-бойового завдання. *Робота з травмами війни. Український досвід :* матеріали Першої всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 28–31 берез. 2018 р.). Київ : ФОП Назаренко Т. В., 2018. С. 48–51.

92. Дідик Н. Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО. *Український психологічний журнал* : зб. наук. праць. 2018. № 1 (7). С. 41–57.

93. Досвід поранення та психологічна реабілітація. *Свідомі*. URL: https://svidomi.in.ua/page/dosvid-poranennia-ta-psykholohichna-reabilitatsiia.

94. Доценко В., Тамарін С. Інтегративний підхід у психотерапії для відновлення стосунків між військовими та їхніми родинами. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2025. № 1 (9). С. 91–102.

95. Доценко Л., Максименко Н. Психологічні чинники адаптації військовослужбовців строкової служби в умовах військової частини. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 2 (52). С. 49–55. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-52-2-49-55.

96. Дружбляк С. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу. *Теорія контрольності та актуальні проблеми сучасної психології* : матеріали наукових читань, присвячених 115-й річниці від дня народження Ярослава Івановича Цурковського (Львів, 20 лютого 2020 р.). Львів, 2020. С. 129-133.

97. Дубровинський Г., Рябова О. Зв’язок емоційного інтелекту у військовослужбовця з психологічною сумісністю у військовому підрозділі. *Вісник Національного університету Оборони України*. 2019. № 1 (51). С. 17–23.

98. Дубчак Г. М. Аналіз особистісних ресурсів професійної стресостійкості фахівців соціономічних професій. *Збірник наукових праць: психологія*. 2018. № 22. С. 115–122.

99. Дубчак О., Караульщук Л. Особливості емоційних станів військовослужбовців нового призову у період адаптації. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія : Педагогіка. Психологія*: зб. наук. пр. Київ : Національний авіаційний університет, 2019. № 2(15). С. 118–123.

100. Дучимінська Т. І., Хлівна Л. М., Магдисюк Л. І. Реалізація психопрофілактичного та психодіагностичного аспекту клінічної психології у сфері вищої освіти. *Психологічні перспективи*. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2018. № 31. С. 83–95.

101. Емішянц О. Б. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. № 4. С. 47–52.

102. Єна А. І., Маслюк В. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1. С. 5–16.

103. Життєва криза особистості внаслідок травматизації спричиненою військовими діями в Україні / І. О. Черезова та ін. *Журнал «Перспективи та інновації науки»*. 2023. № 14 (32). С. 829–840.

104. Життєвий світ і психологічна безпека людини в умовах суспільних змін : реферативний опис роботи / М. М. Слюсаревський та ін. Київ : Талком, 2020. 318 с.

105. Журавльова Л., Кротюк К. Особливості ціннісно-смислової сфери військовослужбовців з різним досвідом участі у бойових діях. 19 с.

106. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації у дружин ветеранів війни: орієнтири психологічної допомоги. *Актуальні проблеми психології Т. ІІІ : Консультативна психологія і психотерапія* : зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. С. 124–151.

107. Завгородня О. В., Степура Є. В. Вплив оптимізму на ментальне здоров’я особи. *Габітус*. 2023. № 46. С. 139–143. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.

108. Заграй Л. Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки*. 2015. № 128. С. 108–111.

109. Замелюк М. І., Магдисюк Л. І., Ольхова Н. В. Арт-терапія як засіб творчої самореалізація особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне : РДГУ, 2018. № 10. С. 50–57.

110. Занюк С. С. Психологія мотивації : навч. посібник. Київ : Либідь, 2002. 304 с.

111. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

112. Зливков В. Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО. *Теоретичні і прикладні проблеми психології* : зб. наук. праць. Харків, 2020. № 4 (38). С. 177–184.

113. Іванова Н. Г., Андрусишин Ю. І. Психологічні детермінанти стресостійкості військовослужбовців в умовах впливу психотравмуючих чинників. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. праць. 2023. № 1 (71). С. 72–78.

114. Інформаційні ресурси по темі психологічної допомоги в часі війни. *Коло сім'ї*. URL: https://k-s.org.ua/resources/coping-war/.

115. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування : навч. посібник. Харків : НФаУ, 2011. 132 с.

116. Карпенко З. С. Аксіологічна психологія особистості : монографія. Івановфранківськ : ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2018. 720 с.

117. Каряка І. Мотиваційно-ціннісний компонент професійної діяльності військовослужбовців. З*бірник наукових праць НАДПСУ. Серія : Психологічні науки*. 2019. № 1 (12). С. 114–126.

118. Керрінґтон Дж. Ґ. Огляд міжнародних практик у сфері реінтеграції ветеранів і ветеранок: міркування щодо воєнного та повоєнного контексту України. *Прямуємо разом. UNDP*, 2023. 104 с.

119. Кириченко Р. В. Емоційна стійкість як важлива риса військового. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації* : зб.

наукових праць за матеріалами Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Переяслав, 21 червня 2024 року). Переяслав : Університет Григорія Сковороди. 2024. С. 71–73.

120. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки. *Актуальні проблеми психології* : зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Логос, 2015. № 11. С. 7–20.

121. Кіх А. Ю., Волянський О. М. Проблемні питання організації медико-психологічної реабілітації учасників антитерористисної операції на госпітальному етапі. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції* : матеріали науково-практичної конференції. Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ : НУОУ, 2015. С. 169–171.

122. Клевака Л. П., Горбенко Ю. Л. Синдром відкладеного життя у стресових умовах війни. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості* : зб. наук. матеріалів ІІІ Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Полтава, 02–03 червня 2022 року). Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2022. С. 105–109.

123. Климчук В. Посттравматичне зростання, та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта.* 2016. № 5. С. 46–52.

124. Когут О. О. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Кривий Ріг : Літерія, 2021. 379 с.

125. Кожедуб О., Бриндак Я. Психологічні та фізичні наслідки фантомного болю в учасників бойових дій, що втратили кінцівки. *Молодий вчений*. 2024. № 6 (130). С. 114–119. DOI: https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-6-130-21.

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

127. Колобич О. П. Загальна психологія : навч.-метод. посібник. Львів,

2018. 172 с.

128. Коломієць Т. В., Івіна М. Ю. Конфлікти в сім'ях військовослужбовців: теоретичні засади дослідження та практичні підходи до вирішення. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. 2024. № 4 (64). С. 6–14. DOI: https://doi.org/10.20535/2308-5053.2024.4(64).322677.

129. Колосович О. С. Психологія взаємодії у військово-професійному середовищі : монографія. Львів : ЛьвДУВС, 2018. 232 с.

130. Комар Т. В., Василенко О. М. Науково-організаційна діяльність дослідника : навч. посібник. Хмельницький : ХНУ, 2023. 118 с.

131. Комунікативна кампанія «Ти як?» *Ти як?* URL: https://howareu.com/chomu-vazhlyvo-formuvaty-kulturu-pikluvannia-pro-mentalne-zdorovia#section577.

132. Конституція України : від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text.

133. Копіна А., Петрова С. Вступ до реінтеграції ветеранів та соціального згуртування : посібник. Шлях стійкості, 2024. 60 с.

134. Костишин Е. І., Шевців Ю. О. Особливості реалізації політики ветеранського розвитку в Україні. *Публічне управління та соціальна робота*. 2023. № 2. С. 19–24.

135. Коупленд Н. Психологія і солдат. Мистецтво лідерства. Київ : Українська Видавнича Справа. 2024. 160 с.

136. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод, посіб. Ніжин : Вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.

137. Кравченко К. О. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців учасників антитерористичної операції : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Харків : НУЦЗУ, 2017. 249 с.

138. Крайнюк В. М., Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психологічного і фізичного здоров'я : навч. посібник. Київ : ІНКОС, 2009. 272 с.

139. Кризова психологія : навч. посібник / за ред. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2020. 401 с.

140. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50–56. DOI: https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6.

141. Крупа В. В., Лобода І. В., Кшановська Р. Б. Медико-психологічна та фізична реабілітація учасників військових конфліктів. *Scientific collection «INTERCONF»* : Scientific goals and purposes in XXI century. 2022. № 17. С. 260–267. DOI: https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.07.2022.027.

142. Кудренко О. В., Жалюк С. М. Організація психологічного відновлення військовослужбовців. *Сучасна війна: гуманітарний аспект* : науково-практична конференція ХНУ ПС ім. І. Кожедуба (31 травня – 1 червня 2018 року). С. 10–12.

143. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навчальний посібник. 2-ге видання, перероблене, доповнене. Суми : Університетська книга, 2020. 304 с.

144. Кузікова С., Щербак Т. Копінг-стратегії та збереження продуктивності у стресових ситуаціях. *Психологія і особистість*. 2022. № 2 (22). С. 85–97.

145. Кузікова С. Б. Особливості стресостійкості та емоційного вигорання осіб із деокупованих територій України. *Габітус*. 2023. № 56. Т. 2. С. 89–93. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.

146. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* 2022. № 2. С. 64–70.

147. Кузьменко О. М., Сингаївська І. В. Взаємозв’язок між часовими орієнтаціями особистості та базовими копінг-стратегіями, активованими під час війни. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-*

правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей IV Міжнародної конференції. Київ : Університет «КРОК», 2022. С. 277–280.

148. Кулешова О. В., Вараниця А. І. Психоемоційні стани військовослужбовців як психологічна проблема. *Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу* : тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, (м. Запоріжжя, 18–19 квітня 2024). Запоріжжя, 2024. С. 52–54.

149. Куркова К. М., Луценко-Миськів Л. І. Соціальна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Право та державне управління*. 2024. № 1. С. 309-316.

150. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія : курс лекцій : навч. посібник для ВНЗ. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 125 с.

151. Куценко С., Компанович М. Реабілітація та ресоціалізація учасників бойових дій, український досвід. *Наукові проблеми запровадження правового режиму воєнного стану в Україні: сучасний вимір* : матеріали наук.-практ. онлайн-заходу (м. Одеса, 29 квіт. 2022 р.). Одеса : ОДУВС, 2022. С. 151–153.

152. Кучеренко С. М., Хоменко Н. М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2017. № 21. С. 66–74.

153. Кучеренко С. М. Емоційна стійкість як один з факторів забезпечуючих успішність діяльності в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2013. № 13. С. 146–155.

154. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. Київ, 2018. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія. № 14. С. 26–64.

155. Левенець О. А. Динаміка особистісних змін та ціннісних орієнтацій учасників бойових дій. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в*

антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (м. Київ, 30 берез. 2016 року). Київ : Нац. акад. внутр. Справ, 2016. С. 100–102.

156. Левицька Л. В. Теоретичний аналіз вивчення емоційної сфери військовослужбовців. *Збірник тез Всеукраїнського міжвідомчого психологічного форуму* (м. Київ, 30 червня 2022 р.). 2022. С. 59–62.

157. Левков А. А., Марченко С. М., Боголюб М. А., Вишар Є. В. Основні аспекти реабілітації військовослужбовців. *Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини.* С. 70–76. URL: https://reposit.nupp.edu.ua/files/original/75/13900/30b42f89fcfb869a133bba6d50253c305ade9fd4.pdf.

158. Лелека Р. О., Миропольцева Н. І. Профілактика та вирішення конфліктів у сім'ях військовослужбовців *Габітус.* 2024. № 60. С. 236–239.

159. Лисенко В. С., Сидоренко О. Ю. Війна та психічне здоров'я: діагностика, профілактика, терапія. Львів : Світ, 2023. 276 с.

160. Лісений Є. В., Лісеная А. М. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців. *Сучасні підходи до реабілітації та реадаптації військовослужбовців,ветеранів та членів їх сімей* : збірник матеріалів Першої Міжнародноїнауково-практичної конференції (5 грудня 2024 р., м. Харків, Україна). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2024. С. 135–138. URL: https://surl.li/kmhaik.

161. Ломакін Г. І. Соціально-психологічний супровід учасників бойових дій в часи подолання життєвих кризових ситуацій. *Діяльнісно-поведінкові фактори життєздатності людини* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 28–29 листоп. 2014 р.). Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2014. С. 191–193.

162. Ломакін Г. І. Соціально-психологічні складові соціальної роботи з учасниками бойових дій : метод. посібник. Харків : Оберіг, 2014. 168 с.

163. Ломакін Г. І. Стрес та бойовий стрес: поняття, симптоми, прояви. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2012. № 12. Ч. І. С. 185–194.

164. Лукомська С. Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки*. 2022. С. 78–85. DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2022.spec.1.1.

165. Лукомська С. О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій. *Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи* : матеріали Четвертої міжнародної науковопрактичної конференції (м. Київ, 22–24 жовтня 2015 р.) / за наук. ред. С. Д. Максименка. Київ. 2021. С. 45–46.

166. Лящ О., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Psychological Prospects Journal*. 2021. P. 128–140. DOI: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140.

167. М'ясоїд П. А. Загальна психологія : навч. посібник. 5- те вид., стер. Київ : Вища школа, 2006. 487 с.

168. Максимова Н. Ю., Грись А. М. Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища : монографія. Київ : Педагогічна думка, 2015. 254 с.

169. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців-учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. *Український вісник психоневрології.* 2018. № 26. № 1. С. 78–82.

170. Марцева Л. А. Педагогіка і психологія вищої школи : навч. посіб. Електронні дані. Житомир : Державний університет «Житомирська політехніка», 2022. 150 с.

171. Матвієць Л. Організація та моніторинг своєчасного надання медико-психологічної допомоги на первинному рівні при гострих та посттравматичних стресових розладах. *Сімейна медицина*. 2017. № 5. С. 6–11.

172. Матласевич О., Герасімов Ф. Особливості психологічного імунітету українських комбатантів та членів їхніх родин: теоретичні аспекти.

Психологія: реальність і перспективи : зб. наукових праць РДГУ. 2024. № 22. С. 50–59. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi22.384.

173. Мельник А. П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 100–105.

174. Мельник А. П., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посібник. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 163 с.

175. Мельник Ю. Б., Стадник А. В. Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки : метод. посібник. Харків : ХОГОКЗ, 2023. 14 с.

176. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя Бібісі» (The Modified BBC Subjective Well-Being Scale). *Scribd.* URL: https://surl.li/cjrgid.

177. Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком). URL: https://guc.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/Samoocinka_psyhichnyh_staniv.pdf.

178. Методика дослідження соціально – психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонда. URL: https://guc.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/BLANK-Rodzhersa-Dajmonda.pdf.

179. Мінчук Р. І. Сучасний стан проблеми синдрому больової дисфункції (клінічна картина та підходи до лікування). Огляд літератури. *Габітус*. 2021. № 31. С. 129–139. DOI: https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.23.

180. Москаленко М. М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. *Тео-психології та її перспективи розвитку* : збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта. Кропивницький, 2022. С. 134–137.

181. Москаленко В. В. Соціалізація особистості : монографія. Київ : Фенікс, 2013. 540 с.

182. Мул С. Фрустрація як проблема психічного стану особистості. *Психологічні науки*. 2019. № 1 (12). С. 193–203.

183. Мушкевич В. Психологічні особливості фрустраційної поведінки військовослужбовців. *Психологічні перспективи.* 2020. № 35. С. 101–118.

184. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб. / за ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

185. Назарчук Н. Проблема вивчення прокрастинації у психології. *Вісник Львівського університету*. 2022. № 14. С. 48–54. URL: DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2022.14.6.

186. Напрєєнко О. К., Напрєєнко Н. Ю. Депресивні та тривожні розлади при зловживанні алкоголем військовослужбовцями, які прийняли безпосередню участь у бойових діях (комбатантами). *Психіатрія і наркологія*. 2018. № 1. С. 18–23.

187. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

188. Нейробіологія розвитку та навчання : навч. посібник / А. А. Ковальова та ін. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2022. 325 с.

189. Нянько Л. Ю., Нянько В. В. Психологічна підтримка в умовах війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2024. № 1. С. 40–46. DOI: https://doi.org/10.32782/2311-8458/2024-1-6.

190. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних сил України. *Проблеми сучасної психології*. 2009. № 4. С. 249–258.

191. Омельченко Я. М. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

192. Орловська О. А. Сімейна адаптація учасників бойових дій (проблема психологічних аспектів). *Актуальні проблеми психології.*

Психологія творчості : зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2020. № 27. С. 212–219.

193. Орловська О. А. Стратегії подолання проблем адаптації у сім'ї учасника бойових дій після повернення до цивільного життя. *Вчені зап. ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. С. 127–132. DOI: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/19.

194. Освіта в реаліях війни: орієнтири міжнародної спільноти : оглядове видання / О. Локшина та ін. ; за заг. ред. О. Топузова, О. Локшиної ; Нац. акад. пед. наук, Ін-т педагогіки НАПН України. Київ : Пед. думка, 2022. 66 с.

195. Основи психотерапії : навчальний посібник / за ред. К. В. Седих, О. О. Фільц. Київ : Академвидав, 2016. 192 с.

196. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник. / за ред. Л. Царенко. Том 1. Київ. 2020, 208 с.

197. Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості : матеріали III Науково-методичного семінару (м. Київ, 26 вересня 2022 року). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. 61 с.

198. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.

199. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій / Л. В. Радецька та ін. *Медсестринство.* 2020. № 4. С. 23–26.

200. Павелків В. Р. Психологічний аналіз змісту та типології проблеми агресивності у психологічній науці. *Психологічний аналіз змісту та типології проблеми агресивності у психологічній науці*. 2013. № 2. С. 139–147.

201. Павленко О. В. Time orientation of personality provided under the conditions of АТО. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. *Серія психологія.* 2018. № 65. С. 30–35.

202. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені*

записки ТНУ імені. В. І. Вернадського. Серія : Психологія. 2021. № 6. С. 68–72. DOI: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/11.

203. Пам’ятка «Соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Київ : Департамент соціального забезпечення міністерства оборони України, 2025. 30 с.

204. Паркулаб О., Котілок Т. Військова дисципліна як компонент психологічної готовності особистості до армійської служби. *Психологія* : зб. наукових праць. 2019. № 24. С. 103–112.

205. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія : навч. посібник. Полтава : АСМІ, 2015. 389 с.

206. Перепелюк Т. Д., Джулай А. І., Ольховецький С. М. Особливості використання арт-терапії у роботі з членами родин військових. *Психологічний журнал*. 2024. № 12. С. 146–154.

207. Петрінко В. С. Конфліктологія: курс лекцій, енциклопедія, програма, таблиці : навчальний посібник. Ужгород : Видавництво УжНУ «Говерла», 2020. 360 с.

208. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров’я особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. № 6. С. 177–182.

209. Пирог Г. В., Удод С. Ю. Вплив комунікації в сім’ях військовослужбовців та адаптація в родинах військових під час воєнних дій в Україні та США. *Science and innovation of modern world*. 2023. С. 417–422. URL: https://eprints.zu.edu.ua/38759/1/2023%20Pyroh%20Udod.pdf.

210. Підлісний Ю. А., Дембіцький В. М. Теоретичні витоки дослідження потенційної агресії комбатанта після закінчення воєнних дій. *Юридична психологія* : зб. наук. пр. 2022. № 2 (31). С. 41–46.

211. Підлісний Ю. Психологічні особливості переживання бойової психотравми комбатантами. *Юридична психологія*. 2023. № 2 (33). С. 113–119. DOI: https://doi.org/10.33270/03233302.113.

212. Пічугіна Т. С. Управління змінами : навчальний посібник. Харків : ХДУХТ, 2017. 226 с.

213. Повертаємо українцям super можливості. *Superhumans*. URL: https://superhumans.com/?utm_source.

214. Подкоритова Л. О. Диференційна психологія : навч. посібник. Львів : Новий Світ-2000», 2020. 236 с.

215. Полегонький В. Психоаналітичне осмислення сорому та провини як центральних переживань у травматичному досвіді. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2025. № 1(9). С. 121–131.

216. Поліщук В. М. Психологія педагогічного повсякдення : реальність і міфи. Суми : Університетська книга, 2022. 152 с.

217. Помічник ветерана: триває прийом заяв. *Міністерство у справах ветеранів України*. URL: https://mva.gov.ua/ua/news/pomichnik-veterana-trivaye-prijom-zayav?utm_source.

218. Пономаренко О. С., Коц С. М., Коц В. П. Вивчення стресостійкості у сучасних умовах та способи її підвищення. *Актуальні проблеми сучасної Науки*: матеріали XLII Міжнародна науково-практична конференція (м. Вінниця, 6 квітня 2020 року). Ч. 7. С. 53–56.

219. Пономарчук Н. І. Управління мотиваційною складовою соціалізації особистості в сучасних умовах. *Таврійський науковий вісник*. 2023. № 5. С. 34–44. DOI: https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2023.5.4.

220. Поняття та статус комбатанта за міжнародним правом: аналіз судді Верховного Суду. *Ліга. Закон*. URL: https://jurliga.ligazakon.net/news/217820_ponyattya-ta-status-kombatanta-za-mzhnarodnim-pravom-analz-sudd-verkhovnogo-sudu.

221. Попелюшко Р. П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів : монографія. Київ : «Видавництво Людмила», 2020. 392 с.

222. Поранені бійці. *Армія Inform*. URL: https://armyinform.com.ua/tag/poraneni-bijczi/.

223. Порядок визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи з порушеннями функцій верхніх кінцівок, яка потребує протезування/ортезування : Наказ М-ва соц. політики України від 29.09.2021 № 551. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1508-21#Text.

224. Потапчук Є. М. Сім'я учасника бойових дій як суб'єкт відновлення його психічного здоров'я. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології : монографія. Харків : ФОП Мезіна В. В., 2017. С. 403–413.

225. Потапчук Є., Потапчук Н. (2025). Вплив травмувального досвіду на особистісні (когнітивні) ресурси учасників бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*, Том 20 (6), 2025. С. 85–92. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-25-20-6-85-92.

226. Потапчук Є., Потапчук Н. Психологічні ресурси родини в умовах війни. *Psychology Travelogs*. 2024. № 1. С. 190–199.

227. Потапчук Н. Д. Чутки в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти : монографія. Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Богдана Хмельницького, Наук.-дослід. від. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2018. 343 с.

228. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів / Мороз Г. З., та ін. *Оригінальні дослідження українського медичного часопис*у. 2017. С. 1–3.

229. Прикладна психологія військової діяльності : підручник/ за ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ ім. Івана Черняховського, 2022. 292 с.

230. Прикладні аспекти діяльності психологів та соціальних працівників в соціономічній сфері : колективна монографія / Н. В. Волинець та ін. ; ред. Н. В. Волинець. Київ : Університет «Україна», 2023. 544 с. URL: https://hist.km.ua/images/publikatsiji/monografiya_2_ndr_pl.pdf.

231. Приходько І. І. Типізація індивідуально-психологічних особливостей у військовослужбовців, схильних до суїцидальної поведінки.

Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. *Серія : Психологічні науки*. 2018. № 1. С. 174–203.

232. Приходько І., Колесніченко О., Мацегора Я. Мотивація військовослужбовців до діяльності в екстремальних умовах: систематизація досліджень. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. № 2 (2). С. 69–85.

233. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник : навч. посібник. Київ : Каравела, 2012. 328 с.

234. Про Veteran Hub. *Veteran Hub*. URL: https://veteranhub.com.ua/pro-hub/pro-veteran-hub/.

235. Про внесення зміни до пункту 40 Порядку та умов надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб : Постанова Каб. Міністрів України від 16.08.2024 № 953. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/953-2024-п#Text.

236. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей та внесення зміни до Класифікатора соціальних послуг : Наказ М-ва соц. політики України від 11.04.2024 № 175-Н. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0828-24#Text.

237. Про нас. *#ВАРТОЖИТИ*. URL: https://vartozhyty.com.ua/about-us.

238. Про реалізацію експериментального проекту щодо надання учасникам бойових дій та особам з інвалідністю внаслідок війни допомоги для занять фізичною культурою та спортом : Постанова Каб. Міністрів України від 03.01.2025 № 2 : станом на 1 квіт. 2026 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2025-п#Text.

239. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII : станом на 3 серп. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text.

240. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII : станом на 16 черв. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text.

241. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1018-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text.

242. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 29.11.2024 № 1209-р : станом на 26 листоп. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-р#Text.

243. Програма підтримки ветеранів. *Maple Hope Foundation*. URL: https://www.maplehopefoundation.org/uk/projects/i-have-returned/.

244. Програма реінтеграції ветеранів IREX. *Програма реінтеграції ветеранів.* URL: https://veteran-reintegration.in.ua/pro-nas/.

245. Програма соціально-психологічного забезпечення реінтеграції військовослужбовців, ветеранів АТО/ООС та членів їхніх сімей як суб’єктів розвитку соціального підприємництва : методичні вказівки для фахівців соціальної сфери, представників освітнього сектору, представників бізнесу, органів державноївлади та громадських організацій, які беруть участь у реінтеграційних процесах або підтримують розвиток соціального підприємництва / укл.: К. В. Максьом. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2025. 62 с. URL: https://ir.stu.cn.ua/server/api/core/bitstreams/0e964832-5541-4715-9d37-04c8b534933b/content.

246. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

247. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навч.-метод. посібник / А. М. Романишин та ін. Львів : НАСВ, 2017. 322 с.

248. Прудка Л. М., Пасько О. М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових дій. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2024. № 2. С. 86–92. DOI: https://doi.org/10.32850/sulj.2024.2.14.

249. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова ; ред. Н. А. Побірченко. 336 с.

250. Психологічний супровід незламних : методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій / Т. В. Карамушка та ін. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 60 с.

251. Психологічні послуги для ветеранів. Що гарантує держава? *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: https://moz.gov.ua/uk/psihologichni-poslugi-dlja-veteraniv-scho-garantue-derzhava?utm_source.

252. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу : навч.-метод. посіб. / А. П. Мельник та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 276 с.

253. Психологія особистості на сучасному ринку праці : монографія / Г. А. Гріб та ін. ; за заг. ред. Г. А. Пріба, Є. М. Калюжної. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 380 с.

254. Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації : збірник матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (25 жовтня 2024 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. 416 с.

255. Психологія сім'ї : підручник / ред. В. М. Поліщука. Суми : Університетська книга, 2021. 248 с.

256. Психологія управління військами : підручник ; вид. 2-ге, перероб. та допов. / В. І. Осьодло та ін. ; за ред. В. В. Стасюка. Київ : НУОУ, 2024. 532 с.

257. Психологія управління : курс лекцій для студентів денної і заочної форм навчання напряму підготовки 6.030103 «Практична психологія» / укладач О. С. Юрков. Мукачево : МДУ, 2017. 179 с.

258. Психологія: вступ до спеціальності : навч. посібник / О. В. Іванова. та ін. Київ : «Центр учбової літератури», 2013. 184 с.

259. Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров’я персоналу освітніх організацій в умовах соціальної напруженості : монографія / Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер та ін.; ред. Л. М. Карамушки. Київ: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 278 с.

260. Психотравматерапія, теорія та практика стабілізації : методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад.: М. Г. Кирилішина. Одеса : ФОП Бондаренко М. О., 2023. 24 с.

261. Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій : монографія / О. М. Кокун та ін.; за ред. О. М. Кокуна. Київ ; Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с.

262. Пустовий О. Дослідження емоційного стану учасників бойових дій на Сході України. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 4(11), С. 86–92.

263. Пфайфер С. Депресія : Хвороба сучасності / пер. О. Кушніков. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.

264. Ралітна Ю. О., Сингаївська І. В. Негативні психічні стани особистості в кризових життєвих ситуаціях. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільноправові, соціально-економічні аспекти розвитку* : тези доповідей ІІІ міжнародної конференції (Київ, 2 грудня 2021 р.). Київ : Університет «Крок», 2021.

265. Робота для ветерана є! *Програма реінтеграції ветеранів*. URL: https://happymonday.ua/veterans.

266. Розвиток системи психологічної допомоги ветеранам. *Вокс Україна,* 2025. URL: https://voxukraine.org/rozvytok-systemy-psyhologichnoyi-dopomogy-veteranam

267. Роль військового психолога під час воєнних дій. *Буковинський державний медичний університет*. URL: https://www.bsmu.edu.ua/blog/rol-vijskovogo-psyhologa-pid-chas-voyennyh-dij/.

268. Романенко О. В. Особливості поведінки в конфліктних ситуаціях осіб із різним рівнем тривожності. *Юридична психологія*. 2017. № 2 (21). С. 21–29.

269. Романюк О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. *Питання психології. Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 5 (58). С. 161–164.

270. Романяк І. В., Шпортун О. М. Дослідження емоційних реакцій військовослужбовців у період воєнного стану. С. 179–183. URL: https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1983/%D0%A0%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D1%8F%D0%BA%20%D0%86.%20%D0%92._compressed.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

271. Садова М. А. Гендерні та вікові відмінності депресивних станів особистості. *Міжнародний науковий журнал «Науковий огляд»*. 2020. № 65. С. 75–89.

272. Салайда І. М., Попович Д. В. Психогенний чинник як важливий інструмент у фізичній реабілітації комбатантів: досвід та перспективи. *Організація медичної допомоги*. 2023. № 4 (98). С. 42–46. URL: https://surl.li/bnvwrg.

273. Сафін О. Д., Тептюк Ю. О. Зарубіжний досвід дослідження проблеми посттравматичного особистісного зростання. *Психологічний журнал*. 2024. № 13. С. 43–50. DOI: https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.315004.

274. Сафін О. Реабілітація та реадаптація учасників бойових дій: психологічний аспект. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2016. № 1. С. 38–43.

275. Сафін О. Соматичні кореляти посттравматичного стресового розладу. *Психологічний журнал*. 2024. № 11. С. 59–68.

276. Сафін О. Соціально-психологічна підтримка посттравматичного особистісного зростання осіб із фізичними травмами внаслідок війни.

Перспективи та інновації науки. 2024. С. 876–886. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-876-886.

277. Сидорець Н. А. Порівняльний аналіз професійних деформацій військовослужбовців з різним стажем. *Психічне здоров'я особистості: актуальні проблеми теорії і практики* : зб. наук. праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Житомир, 25 листопада 2021 р.). Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2021.

278. Сидорець Н. А. Теоретичні засади дослідження професійних деформацій військовослужбовців. *Актуальні проблеми особистісного зростання* : зб. наук. праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Житомир, 13 травня 2021 р.) / ред. колегія: Л. О. Котлова, Г. В. Пирог / М-во освіти і науки України, Житомирський державний університет імені Івана Франка, соц.-псих. факультет. Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2021. С. 166–169.

279. Сила позитивного мислення. *Психологічна служба*, 2022. URL: https://ps-sluzhba.khmnu.edu.ua/syla-pozytyvnogo-myslennya/.

280. Слухенська Р. В., Логуш Л. Г., Зендик О. В., Гуліна Л. В. Комплекс заходів щодо фізичної реабілітації військовослужбовців. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2023. № 1 (159). С. 130–133. DOI: https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.1(159).31.

281. Слюсар Л. Українська сім'я в умовах війни. *Demography and Social Economy*. 2023. № 52 (2). С. 3–20. DOI: https://doi.org/10.15407/dse2023.02.003.

282. Слюсаревський М. М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. *Вісник НАПН України*. 2022. № 4 (1). С. 1–11. DOI: https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4124.

283. Соколова І. М., Шайхлісламов З. Р., Ладика М. С. Вплив умов бойових дій на психологічний клімат сім'ї. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2022. № 5. С. 54–59. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.5/09.

284. Сорока О. М. Психологія стресостійкості фахівців морського і внутрішнього водного транспорту : монографія. Київ: ФОП Ямчинський О. В., 2024. 530 с.

285. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп / В. В. Горбунова та ін. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. 96 с.

286. Спіріна Т., Дуля А., Боброва О. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Ввічливість. Humanitas*. 2025. № 1. С. 157–162. DOI: https://doi.org/10.32782/humanitas/2025.1.21.

287. Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона : методичний посібник. Харків : ХОГОКЗ, 2025. 14 с. URL: https://surl.lu/yemuly.

288. Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Шкала задоволеності життям : методичний посібник. Харків : ХОГОКЗ, 2025. 14 с.

289. Стасюк В. В. Психологічні особливості реадаптації учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства* : матеріали ІІІ Всеукраїнського науково-практичного круглого столу. Ірпінь : Університет державної фіскальної служби України, 2018. С. 153–154.

290. Степанюк О., Мельниченко О. Збірник практичних матеріалів : метод. посібник для фахівців, які впроваджують типову програму для кривдників. Київ, 2020. 132 с.

291. Столяренко О. Б., Жиляк Н. В. Особливості виникнення та специфіка прояву депресії у військовослужбовців учасників бойових дій. *Соціально-психологічна робота: інновації, стратегії та можливості* : збірник матеріалів круглого столу з міжнародною участю (м. Кам'янець-Подільський – Ломжа, 19 березня 2024 року) / ред. З. Шарлович, М. Тріпак, О. Палилюлько, М. Волощук. Видавництво : MANS w Łomży, 2024. С. 74–78.

292. Стрельчонок С. С., Поліщук С. П. Синдром відкладеного життя в умовах війни. *Освіта і наука – 2023* : зб. наук. праць учасників звітно наукової

конференції студентів та аспірантів (м. Київ, 03–07 квітня 2023 року). Київ : Український державний університет імені Михайла Драгоманова, 2023. С. 288–290.

293. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту : монографія / В. С. Гічун та ін. Дніпро : Акцент, 2019. 324 с.

294. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія Психологічні науки*. 2015. № 46. С. 266–272.

295. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 396 с.

296. Сургунд Н., Капустіна В. Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни. *Psychology Travelogs*. 2023. С. 87–96. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2023-1-9.

297. Тактика надання самодопомоги та взаємодопомоги під час ведення бойових дій : навч. посіб. / О. А. Блінов та ін. ; ред. М. О. Ктіторова. Київ : НАВС України, 2016. 137 с.

298. Тактична психологія. Марта Пивоваренко про допомогу військовим та цивільним. *Українська правда. Життя*. URL: https://life.pravda.com.ua/society/2016/09/28/218405/.

299. Твердохвалова Ю. Л., Бондаренко Л. О. Родина як вагома складова реінтеграційних процесів військовослужбовців. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів* : зб. матеріалів V міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 31 жовтня 2024 року). Київ : ДНДІ МВС України, 2024. С. 333–335.

300. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : Фенікс, 2022. 88 с.

301. Тептюк Ю. О. Психологічні умови розвитку стресостійкості особистості у дорослому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Військово-спеціальні науки*. 2018. № 1 (38). С. 43–47.

302. Терещук А. Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми психології. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Том 15. ТОВ «Талком». 2017. С. 526–534.

303. Терещук А. Основні аспекти психологічної допомоги постраждалим внаслідок воєнної травматизації. С. 278–287. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/28.pdf.

304. Тест Дж. Голланда для визначення професійних типів особистості. URL: https://khnnra.edu.ua/wp-content/uploads/2020/07/Test-Dzh.-Gollanda-dlya-viznachennya-profesijnih-tipiv-osobistosti.pdf.

305. Тимочко І., Кіцак Т. Державна політика у сфері соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосокналення.* 2024. № 7. С. 125–132. DOI: https://doi.org/10.31470/2786-6246-2024-7-125-132.

306. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень : концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2014. 268 с.

307. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології*. 2017. Т. 5. №. 19. С. 3–10.

308. Ткаченко Н. В., Алещенко О. В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комбатантів. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 4 (50). С. 1800–1810. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1800-1810.

309. Ткачишина О. Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського*

національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія. 2021. № 3. С. 93–98.

310. Травма війни не обмежується фронтом: психологічна реабілітація потрібна всім українцям. *Liga.net*. URL: https://life.liga.net/all/article/travma-viiny-ne-obmezhuietsia-frontom-psykholohichna-reabilitatsiia-potribna-vsim-ukraintsiam.

311. Трачук С. В., Хмара В. В., Підлетейчук Р. В., Сиротюк С. М. Проблеми реабілітації та відновлення військовослужбовців за особливих умов. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.* 2024. № 4 (174). С. 163–168. DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.4(177).34.

312. Трихліб В. І. Структура бойової травми залежно від характеру уражувальних факторів під час деяких сучасних локальних війн, військових конфліктів (огляд літератури). *Сімейна медицина*. 2015. № 4. С. 63–70.

313. Тюріна В. О., Солохіна Л. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість, суспільство, війна.* 2022. С. 116–121.

314. Тютюнник Л. Л. Способи формування стресостійкості особистості. *Вісник Національного університету оборони України* : зб. наук. праць. 2022. № 6 (70). С. 182–189.

315. Тяжкопоранений. *Словопедія*. URL: http://slovopedia.org.ua/32/53410/32503.html.

316. Ушакова І., Світлична Н., Селюкова Т. Копінг-стратегії та механізми саморегуляції особистості у військовий час. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки*. 2024. № 22. С. 120–128. DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2024.22.16.

317. Фахівці Українського Червоного Хреста провели тренінг з першої психологічної допомоги (ППД) для спеціалістів із супроводу ветеранів у громадах. *Національний комітет Товариства Червоного Хреста України*, 2026. URL: https://redcross.org.ua/news/2026/04/145984/.

318. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посібник. Луцьк, 2015. 364 с.

319. Федоренко Р. П., Коширець В. В., Шкарлатюк К. І. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців із суїцидальною поведінкою, детермінованою сімейною ситуацією. *Наукові перспективи*. 2022. № 8(26). С. 408–421. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-8(26)-408-421.

320. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2022. 159 с.

321. Ханецька Н. В. Позитивна психотерапія : теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Хмельницький, 2020. 84 с.

322. Ханецька Н. В. Психосоматика : теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Хмельницький, 2020. 194 с.

323. Харченко А. О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2018. № 58. С. 67–79.

324. Харченко С. О., Шевченко С. Л. Психічні розлади та психологічні захворювання під час війни: український досвід. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу* : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті Свт. Луки. (08–09 червня 2023 року), 2023. С. 275–279.

325. Хлівна О. М., Магдисюк О. М. Психологія тілесності : навч.-метод. посіб. Луцьк : Вежа-Друк. 2022. 192 с.

326. Хомуленко Т., Нестеренко М. Історія психології: психосоматичний підхід : навч.-метод. посіб. Харків : Вид-во «Діса плюс», 2016. 188 с.

327. Царенко Л. Г. EMDR. Невідкладна допомога : методичні рекомендації / ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 109 с.

328. Царенко Л. Г. Екстремальні чинники розладів адаптації у військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції.

Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (м. Київ, 30 березня, 2016 р.) : у 2 ч. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 220–223.

329. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях. *Перспективні питання психології* : зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення» (м. Слов'янськ, 21 січня 2016 р.). ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. С. 276–290.

330. Циганенко Г., П'яста Р. Любити, жити і чекати. Путівник для родин військових, які перебувають у зоні бойових дій. Львів : Колесо, 2018. 144 с.

331. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Укр. мед. часопис*. 2022. № 4. С. 1–11.

332. Чапляк А. П., Романів О. П., Надь Б. А. Основні напрями реабілітації учасників бойових дій. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 3/1 (51). С. 59–61.

333. Черезова І. О. Синдром відкладеного життя як феномен психічного життя людини в умовах війни. *Наука ІІІ тисячоліття: пошуки, проблеми, перспективи розвитку* : матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. (м. Бердянськ, 20–21 квітня 2023 року). Бердянськ : БДПУ, 2023. С. 252–254.

334. Чижевський С. О. Особливості психологічного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення. *Вісник НАПН України : методологічний семінар НАПН України*. 2023. № 5 (2). С. 1–5. DOI: https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5229.

335. Чижевський С. О., Колесніченко О. С., Бондаренко О. Г. Актуальні проблеми розвитку системи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Честь і закон.* 2022. № 2 (81). С. 139–149.

336. Чиханцова О. Життєстійкість та її зв'язок із цінностями особистостями. *Проблеми сучасної психології* : зб. наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. № 42. С. 211–231.

337. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.

338. Шебанова В., Нікітенко Г. Особливості мотивації військовослужбовців до військово-професійної діяльності. *Інсайт*. 2019. № 2. С. 31–36.

339. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації наук.* 2022. № 1 (6) С. 476–486.

340. Шинкаренко І. Сім'я в умовах війни: психологічні, психосоціальні та психопатологічні проблеми. *Держава і право України в умовах воєнного стану*. 2022. № 2. С. 554–562.

341. Шкала депресії Бека (BDI). *Your Safe Place*. URL: https://your-safe-place.com/tests/beck-depression.

342. Шкала Тривоги Бека. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Шкала-Тривоги-Бека.pdf.

343. Яблонська Т. М. Сім'я як ресурс психологічної реабілітації комбатантів. *Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії* : зб. матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 82–86.

344. Яворська-Вєтрова І. В. Ставлення до себе як чинник задоволеності життям і психологічного благополуччя особистості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2023. № 34 (73). С. 6–12. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.4/02.

345. Яременко В., Рахманов В. Особливості емоційного стану військовослужбовців в умовах війни. *Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного*

стану : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 20 травня 2022 р.). Київ : ДЗВО «УМО», 2022. 187 с.

346. Abramov S., Kirichenko A. Psychological portrait of a combatant and stress-associated disorders. *Georgian Medical News*. 2020. P. 74–79.

347. Afifi T. D. Individual/relational resilience. *Journal of Applied Communication Research*. 2018. № 46. P. 5–9. DOI: https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1426707.

348. Aldrich G. The Taliban, Al Qaeda, and the determination of illegal combatants. *American Journal of International Law*. 2002. № 96. P. 891–898.

349. Al-Ghabeesh S. H., Al-Taamrah G., Abualruz H. Psychological distress and quality of life among military trauma patients. *Military Medicine*. 2025. № 7–8. P. 1615–1620.

350. Baez, S., Santamaría-García, H., & Ibáñez, A. Disarming ex-combatants' minds: toward situated reintegration process in post-conflict Colombia. *Frontiers in psychology*. 2019. 73 p.

351. Barth T. M., Lord C. G. Effects of resilience strength training on constructs associated with moral injury among veterans. *Journal of Veterans Studies*. 2020. № 6. P. 101–113.

352. Benedict T. M, Keenan P. G. PostTraumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without / A Systematic Review With Meta-Analysis. *Military Medicine.* 2020. № 185 (9–10). P. 1481–1491.

353. Blais R., Tirone V. Self-reported PTSD symptoms and social support in U. S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. № 12 (1). P. 201–235.

354. Blinov O. The influence of stress factors of activity on military personnel. *Bulletin of NAAU*. 2006. P. 118–124.

355. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. № 18 (3). P. 259–269.

356. Cardaciotto L. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*. 2018. № 15 (2). 204 p.

357. Chuhunov V. V., Markova M. V. Peculiarities of the structure and distribution of we akness in the structure of type 2 diabetes mellitus among different social groups. *Problemi Endokrinnoi Patologii*. 2020. № 2. P. 89–94.

358. Cognitive behavioral social rhythm group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial / P. L. Haynes et al. *Journal of Affective Disorders*. 2016. № 192. P. 234–243.

359. Combat amputees' health-related quality of life and psychological outcomes. A brief report from the wounded warrior recovery project / S. Woodruff et al. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017. № 3. P. 592–595.

360. Community-based rehabilitation program for ex-combatants: policy options for khyber pakhtunkhwa. / M. S. Khilji et al. *Policy Perspectives on Countering Violent Extremism in Pakistan*. 2021. P. 109–117.

361. Cowden R., Chapman I., Houghtaling A., Worthington E. Effects of a group experiential therapy program on the psychological health of military veterans: A preliminary investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies.* 2019. № 2. P. 119–138.

362. Does optimism weaken the negative effects of being lonely on suicide risk? / E. C. Chang et al. *Death Studies*. 2018. № 42 (1). P. 63–68.

363. Elnitsky C. A., Fisher M. P., Blevins C. L. Military service member and veteran reintegration: A conceptual analysis, unified definition, and key domains. *Frontiers in Psychology*. 2017. № 8. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00369.

364. Empowering Veterans Through Programs, Services, and Advocacy. *Wounded Warrior Project*. URL: https://www.woundedwarriorproject.org/?utm_source.

365. Faidiuk O., Liakh T. Comparative analysis of social services provided to female combatants and veterans in Ukraine and abroad. *Society. Integration.*

Education : Proceedings of the International Scientific Conference. 2021. № 3. P. 243–253.

366. Fedyk A., Stepanov S. Socio-psychological consequences of combat stress on military personnel participating in combat operations. *Border Security and Management*. 2025. № 10. P. 39–50.

367. Fogle B., Tsai J. The national health and resilience in veterans study. A narrative review and future directions. *Front. Psychiatry.* 2020. № 11. P. 156–181. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.538218.

368. From the Front Line to Civic Leadership. *European Endowment for Democracy.* URL: https://democracyendowment.eu/country-updates/from-the-front-line-to-civic-leadership-how-ukraines-veterans-are-driving-democratic-recovery?utm_source.

369. From Treatment to Social Reintegration: Principles of Medical and Psychological Support of Veterans (on Example of the Russian-Ukrainian War) / M. M. Pustovoyt et al. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. № 7. P. 55–70. DOI: https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.196.

370. Galchynska O., Semigina T. Vtruchannya z rozvytku ekonomichnoyi samostiynosti «Maysternya mozhlyvostey». *Interventions for the development of economic independence. Studio of Opportunities*. Kyiv : Polygraph-plus, 2017. P. 112–117.

371. Gavlovsky O. D., Golovanova I. A. Analysis of disability dynamics among anti-terrorist operation participants. *Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy*. 2019. № 61. P. 3–7.

372. Get Help. *Help for Heroes*. URL: https://www.helpforheroes.org.uk/get-help/?utm_source.

373. Gibbons S., Migliore L. Military mental health stigma challenges: policy and practice considerations. *Journal for Nurse Practitioners*. 2014. P. 365–372.

374. Grassi L. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V. J. *Affect Dis*. 2017. P. 251–254.

375. Gregory, M. Story-building and narrative in social workers' case-talk: A model of social work sensemaking. *Child & Family Social Work*. 2023. P. 291–310.

376. Grodin J., Clark J, Kolts R., Lovejoy T. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2019. № 13. P. 27–33.

377. Gulbs O., Kobets O. Sotsial'no-psykholohichna reabilitatsiya uchasnykiv boyovykh diy. *Socio-psychological rehabilitation of combatants. Psychological Journal*. 2021. P. 1000–1006.

378. Gutner C. A., Pedersen E. R., Drummond S. P.: Going direct to the consumer: examining treatment preferences for veterans with insomnia, PTSD, and depression. *Psychiatry Res*.. 2018. № 263. P. 108–114.

379. Harb G. C., Cook J. M., Phelps A. J. Randomized controlled trial of imagery rehearsal for posttraumatic nightmares in combat veterans. *J Clin Sleep Med*. 2019. Vol. 15. P. 757–767.

380. Harwood-Gross A., Weltman A. Peace of mind. Promoting psychological growth and reducing the suffering of combat veterans. *Military Psychology*. 2022. P. 110–143.

381. Helping Veterans Refind Purpose. *Supporting Wounded Veterans*. URL: https://www.supportingwoundedveterans.com/?utm_source.

382. Hodges T., Sharma S., Nicolas S., Moore B. Conflict resolution workshops for service members and families: The potentials of alternatives to violence project (AVP) to address military domestic violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2022. № 66. P. 1–37.

383. Horoshko V., Kuchyn I., Bielka K., Sapunar D. Chronic pain and psychological well-being in soldiers wounded during Russo-Ukrainian war: a retrospective study. *Med Jadert*. 2024. № 3. P. 157–166. DOI: https://doi.org/10.57140/mj.54.3.2.

384. How US Money Was a Lifeline for Ukrainian Healthcare, Energy, Demining, and Services for Veterans and Kids. *Network Border Crossing Journalism*, 2025. URL: https://n-ost.org/article/how-us-money-was-a-lifeline-for-

ukrainian-healthcare-energy-demining-and-services-for-veterans-and-kids?utm_source.

385. Howlett J. R., Nelson L. D., Stein M. B. Mental health consequences of traumatic brain injury. *Biological Psychiatry.* 2022. № 5. P. 413–420. DOI: https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.09.024.

386. Kelly M. L., Hamrick H. C. Killing during combat and negative mental health and substance use outcomes among recentera veterans. *The mediating effects of rumination. Psychol Trauma*. 2019. № 11 (4). P. 379–382.

387. Kelly M., Robbins R., Martin J. Delivering cognitive behavioral therapy for insomnia in military personnel and veterans. *Sleep Medicine Clinics*. 2019. № 2. P. 199–208.

388. Kibris A., Goodwin R. The long-term effects of war exposure on psychological health: An experimental study with Turkish conscript veterans. *Social Science & Medicine.* 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116453.

389. Kokoiachuk Y., Krynytska I. Suspil'no oriyentovane navchannya pid chas pidhotovky fakhivtsiv sotsial'noyi roboty (na prykladi stvorennya asset-karty). *Community-oriented training during the training of social work specialists (using the example of creating an asset map). Social work and education*. 2021. P. 51–65.

390. Kolesnichenko O. S.. Metodyka Otsinky travmatychnosti boyovoho dosvidu u viys'kovosluzhbovtsiv-uchasnykiv boyovykh diy. *Methodology for assessing the traumatic nature of combat experience in servicemen participating in combat operations. Ukrayins'kyy psykholohichnyy zhurnal*. 2018. P. 78–95.

391. Krachenko K. O. Socialno psychologiczni determinanty vyneknennia bojovogo stresu u vijskovosluzhbovciv – uchasnykiv ATO : monografia, Charkiv, vydavnyctvo «НУЦЗУ», 2017. p. 256.

392. Kutko I. I. Posttravmaticheskoje stresovoje rasstrojstvo u pereniesshykh vooruzhonnyj konflikt. Kliicheskaja dinamika, diagnostika, lechenie I reabilitacja. *Ukrainskyj medychnyj chasopys*. 2016. № 1. P. 24–27.

393. Lanovenko Y., Katsalap L. Study of the influence of the negative past on a man's deposit of his life. *Herald of Kyiv Institute of Business and Technology*. 2024. № 50 (1). P. 17–33.

394. Levy A., Gross M. From active duty to activism: How moral injury and combat trauma drive political activism and societal reintegration among Israeli veterans. *Journal of Psychiatric Research*. 2024. Vol. 12. Art. 1336406. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1336406.

395. Longitudinal mental health outcomes of combat-injured service members / L. Walker et al. *Brain and Behavior*. 2021. № 11 (5). DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.2088.

396. Lukashenko M. Aktual'ni napryamy psykhosotsial′noyi roboty z uchasnykamy boyovykh diy: zarubizhnyy dosvid. *Actual directions of psychosocial work with combatants: foreign experience. Yurydychna psykholohiya.* 2018. P. 48–58.

397. Lyash O., Yatsiuk M. The destructive impact of combat stress on the emotional sphere of a military personality. *Psychological Prospects Journal*. 2021. № 37. P. 128–140.

398. Makarenko S. S. Socio-psychological rehabilitation of participants in combat operations. *Psychological Journal*. 2018. № 3. P. 86–95.

399. Markova M. V. Poststresova psychologiczna dezadaptacja u spivrobitnykiv MVS Ukrainy – uchasnykiv bojovych dij ta ii patogenetychna psychokorekcja. *Zbirnyk materialiv konferencji*, Mariupol, 2018. P. 251–254.

400. Markova M. V., Aliieva T. A. Disorders of adaptation of combatants and their medical and psychological rehabilitation at the sanatorium stage of treatment. *Wiad Lek*. 2022. № 75 (2). P. 444–500.

401. Markova M. V., Rosinskyj G. S. Porushennia zdorovia simi demobilizovanych vijskovosluzhbovciv – uchasnykiv ATO. *Ukrainskyj visnyk psychonevrologii*. 2018. P. 178–182.

402. Maruta N. O., Zavorotnyi V. I. Pryncypy reabilitacji vijskovosluzhbovciv z riznymy variantamy posttravmatychnogo stresovogo rozladu. *Ukrainskyij visnyk psychonevrologii.* 2018. № 3 (96). P. 33–38.

403. McFee E., Röders J. A Community-Based Approach to Veterans' Reintegration in Ukraine. *FBA Policy Brief. Thematic Policy Brief Series – Ukrainian Veterans' Reintegration*. Stockholm : Folke Bernadotte Academy, 2025. P. 1–8. DOI: https://doi.org/10.61880/UPOQ5352.

404. McFeeters A. Media Representations of Women Ex-combatants in Sri Lanka. *In Ex-Combatants' Voices*, 2021. P. 287–313. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-61566-6_12.

405. Medical, social and psychological aspects of assisting the families of the military personnel of Ukraine who performed combat tasks in extreme conditions / A. M. Hrynzovskyi et al. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. № 1. P. 310–317.

406. Meditation-induced neuroplastic changes in amygdala activity during negative affective processing. / M. Leung et al. *Social Neuroscience.* 2018. 2018. Vol. 13, № 3. P. 277–288. DOI: 10.1080/17470919.2017.1311939.

407. Mental Health Support for Veterans, Service Leavers and Reservists. *NHS*. URL: https://www.nhs.uk/nhs-services/armed-forces-community/mental-health/veterans-reservists/?utm_source.

408. Meyer E. G., Wynn G. H. The importance of US military cultural competence. *Military and veteran mental health*. 2018. P. 15–33.

409. Military Adaptive Sports Program. *Warrior Care. Recovery Coordination Program. Defense Health Agency*. URL: https://warriorcare.dodlive.mil/Care-Coordination/Military-Adaptive-Sports-Program/utm_source/.

410. Military Adaptive Sports Resources. *Warfighter Sports*. URL: https://moveunitedsport.org/app/uploads/2021/06/MilitaryAdaptiveSportsResourcesFINAL091318-1.pdf?utm_source.

411. Military Programs. *Adaptive Sports Foundation*. URL: https://www.adaptivesportsfoundation.org/military-programs/?utm_source.

412. Miller K. E., Brownlow J. A., Gehrman P. R. Sleep in PTSD: treatment approaches and outcomes. *Curr. Open Psychol.* 2020. № 34. P. 12–17.

413. Moos R. Life transitions and crises: A conceptual overview. *Coping with life crises: An integrated approach.* New York : Plenum, 2020. P. 28–33.

414. Mykhailov B. V. Rozlady psykhiky ta povedinkyekstrymalno-psykhogennogo pochodzhennia. *Psychichne zdorovia*. 2015. P. 9–18.

415. Mykhajlov B. V. Etapna psycoterapia uczasnykiv bojovych dij v sanotarno-kurortnych umovach. *Schidnojevropejskyj zhurnal vnutrisznioi ta simejnoi medycyny*. 2018. P. 28–33.

416. Na P. J., Schnurr P. P., Pietrzak R. H. Mental health of U. S. combat veterans by war era: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*. 2023. № 158. P. 36–40. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.019.

417. Pain and psychology – A reciprocal relationship / N. Vadivelu et al. *Ochsner Journal*. 2017. № 2. P. 173–180.

418. Participants and victims of armed conflicts and hostilities rehabilitation: Issues and prospects / O. Myronets et al. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2022. № 210. P. 156–162.

419. Personality and health in military context: a study of combatants and injured servicemen / O. Kokun et al. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. № 18. P. 71–80.

420. Pezhynska O., Hevko V. Features of social and pedagogical work with military personnel. *Social Work and Education*. 2019. № 2. P. 169–176.

421. Pezzin L. E. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2017. № 81 (3). P. 292–300. DOI: https://doi.org/10.1016/s0003-9993(00)90074-1.

422. Pietrzak R. H., Pitts B. L. Factors protecting against the development of suicidal ideation in military veterans. *World Psychiatry*. 2017. № 16 (3). P. 326–327. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20467.

423. Platyniuk O. B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020. № 12. P. 359–364.

424. Posttraumatic growth and rehabilitative resources of the combatants and demobilized servicemen / O. Prokofieva et al. *Environment and Social Psychology*. 2024. № 6. P. 1–14.

425. Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022: an institution-based cross-sectional study / A. Tedla et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. № 15. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1410630.

426. Prevalence and factors of sexual dysfunctions among military men: A systematic review / B. Ishaq et al. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022. Vol. 19, № 5, Suppl. 2. P. S200. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.03.454.

427. Preventing and mitigating post-traumatic stress: A scoping review of resilience interventions for military personnel in pre-deployment / Z. Sun et al. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024. № 17. P. 2377–2389. DOI: https://doi.org/10.2147/PRBM.S459220.

428. Providing Support to Limbless and Injured Veterans for Life. *Blesma. The Limbless Veterans.* URL: https://www.blesma.org/?utm_source.

429. Psychosocial aspects of rehabilitation of the National Guard of Ukraine soldiers injured in combat / A. Hrynzovskyi et al. *Wiadomości Lekarskie. Medical Advances*. 2024. № 127. P. 2098–2103.

430. PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with nondeployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress. / J. J. Vasterling et al. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. № 1. P. 41–51. DOI: https://doi.org/10.1002/jts.20487.

431. Reflections on Recovery, Rehabilitation and Reintegration of Injured Service Members and Veterans from a Bio-Psychosocial-Spiritual Perspective / M. Besemann et al. *Canadian Journal of Surgery*. 2018. № 61. P. 219–231. DOI: https://doi.org/10.1503/cjs.015318.

432. Relationships between chronic pain and mood symptoms among veterans with bipolar disorder / L. Travaglini et al. *Journal of Affective Disorders*. 2020. № 277. P. 765–771.

433. Resick P. A. Weekly changes in blame and PTSD among active-duty military personnel receiving cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*. 2020. № 3. P. 386–400.

434. Schnitzer G., Holttum S., Huet V. «My heart on this bit of paper»: A grounded theory of the mechanisms of change in art therapy for military veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2022. № 297. P. 327–337.

435. Schnurr P. P., Lunney C. A. Residual symptoms following prolonged exposure and present-centered therapy for PTSD in female veterans and soldiers. *Depress. Anxiety*. 2019. № 36. P. 162–169.

436. Semigina T. Uroky viyny, (ne) vyvcheni vitchyznyanoyu sotsial′noyu robotoyu. *Traditional and innovative approaches to scientific research: materials of the 3rd International Scientific Conference*, 2022. P. 47–49.

437. Semigina T., Kachmaryk A. Analysing social needs of the Ukrainian ex-combatants: looking on the lived experience. *Path of Science*. 2021. P. 3001–3011.

438. Shumeyko A. P. Vydy readaptatsiyi i psykhoreabilitatsiyi uchasnykiv boyovykh diy. *Types of re-adaptation and psycho-rehabilitation of combatants]. Problemy ekstremal'noyi i kryzovoyi psykholohiyi*. 2017. P. 220–225.

439. Sivkov S. International Experience of War Veterans' Reintegration. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2025. № 4. P. 143–148. DOI: https://doi.org/10.61345/1339-7915.2025.4.22.

440. Skrypnikov A. M., Rakhman L. V. Focus on sleep problems in patients with somatoform disorders. *World of Medicine and Biology*. 2019. № 15 (69). P. 147–152.

441. Solomon Z. From the frontline to the homefront: The Experience of Israeli Veterans. Frontiers in Psychiatry. 2020. 109 p.

442. Spielberger C. Assessment of emotional states and personality traits: measuring psychological vital signs. *European Psychologist*. 2019. № 11 (4). P. 297–303.

443. Spytska K. Pravovi zasady sotsial'noho zakhystu uchasnykiv boyovykh diy v Ukrayini. *Legal principles of social protection of combatants in Ukraine. Yurydychnyy visnyk*. 2022. P. 171–181.

444. Standing Side-by-Side with Veterans on their Path Back to Civvy Life. *Walking With The Wounded*. URL: https://walkingwiththewounded.org.uk/?utm_source.

445. Stoliaryk O., Semigina T. Coming back from war: psychosocial support for veterans and their family members. *Social Work and Education*. 2023. P. 63–77.

446. Stoliaryk O., Semigina T. Sotsial'na robota iz sim'yamy, yaki vykhovuyut'ditey z autyzmom: interventsiya z rozvytku syl′nykh storin. *Social work with families raising children with autism: a strength-based intervention*. Tallinn : Teadmus, 2022. P. 156–178.

447. Suarez C., Baines E. Together at the heart : Familial relations and the social reintegration of ex-combatants. *International Peacekeeping*. 2022. P. 1–23. DOI: https://doi.org/10.1080/13533312.2021.1952408.

448. Subashkevych I., Bordiyan Y., Halko S. Features of social and psychological adaptation of military personnel who participated in combat operations. *Visnyk of the lviv university. series pedagogics*. 2023. № 39. P. 218-226.

449. Sukharieva V., Kozhyna H., Chernenko I., Lytvynenko V. Pathophyschological features of stress-related disorders in combatants. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2025. № 1. P. 122–129. DOI: https://doi.org/10.21272/eumj.2025;13(1):122-129.

450. Susman D. The Psychology of Conflict Theory: A Comprehensive Guide. *verywellmind*. URL: https://www.verywellmind.com/conflict-theory-7561321.

451. Suurmond J., Poudel B. Assessing psychosocial conditions for social reintegration of former Maoist combatants and communities in Nepal. *Conflict, Security & Development.* 2020. P. 763–787. DOI: https://doi.org/10.1080/14678802.2020.1848126.

452. Tang L. H., Andreasson K. H., Skou S. T. Persistent pain and long-term physical and mental conditions and their association with psychological well-being: data from 10,744 individuals from the Lolland-Falster health study. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/26335565221128712.

453. The Association Between Reintegration, Perceptions of Health and Flourishing During Transition from Military to Civilian Life Among Veterans with Invisible Injuries / N. Rattray et al. *Journal of Veterans Studies*. 2023. № 9. P. 224–234. DOI: https://doi.org/10.21061/jvs.v9i1.432.

454. The Office of Patient Centered Care and Cultural Transformation. *Personal Health Inventory*. 2019. URL: https://www.va.gov/wholehealth/docs/10-773_PHI_July2019_508.pdf.

455. Tour our residential facility New Belvedere House. *Veterans Aid.* URL: https://veterans-aid.net/?utm_source.

456. Treatment of comorbid sleep disorders and posttraumatic stress disorder in active duty military: Design and methodology of a randomized clinical trial / D. Taylor et al. *Contemporary Clinical Trials*. 2020. № 99. P. 712–726.

457. Tsurkan-Saifulina Y. V. Social and psychological rehabilitation of war veterans. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology».* 2022. № 3. P. 96–104.

458. Understanding PTSD and how to access help. *Royal British Legion*. URL: https://www.britishlegion.org.uk/get-support/expert-guidance/physical-mental-health/ptsd-veterans?utm_source.

459. Vashchenko I. V., Vashchenko B. B. Psychological resources of the personality in overcoming difficult life situations. *Problems of Modern Psychology* : collection of research papers of Kamianets Podilskyi National Ivan Ohiienko University, G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine. Kamianets Podilskyi : Aksioma, 2018. № 40. P. 33–49.

460. Villarreal-Zegarra D., Paz-Jesús A. Family Cohesion, Adaptability and Composition in Adolescents from Callao, Peru. *Propósitos y Representaciones.* 2017. № 5 (2). P. 21–64. DOI: http:// dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158.

461. Volkova O. O. Theoretical analysis of rehabilitation potential and features of care of combatants. *Social and Economic Aspects of Education in Modern Society.* 2021. № 38. P. 38–44.

462. Wagstaff C., Leach, J. The value of strength-based approaches in SERE and sport psychology. *Military Psychology*. 2015. № 17 (2). P. 65–84.

463. Wehrman E. C. Military family socialization: An examination of new U. S. military families in online forums. *Western Journal of Communication*. 2022. № 87 (5). P. 727–750.

464. Williamson V., Greenberg N. Impact of moral injury on the lives of UK military veterans: A pilot study. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2019. № 166 (5). P. 1–5.

465. Wilson G., Hill M., Kiernan M. Loneliness and social isolation of military veterans: systematic narrative review. *Occupational Medicine*. 2018. № 68 (9). P. 600–609. DOI: https://doi.org/10.1093/occmed/kqy160.

466. Wounded Warrior Project releases 15 courses powered by PsychArmor. *Psycharmor*, 2022. URL: https://psycharmor.org/news/wounded-warrior-project-releases-15-courses-powered-by-psycharmor?utm_source.

467. Zhyhaylo N. Psychological support of servicemen in the combat zone. Bulletin of Lviv University. *Series of Psychological Sciences*. 2022. № 13. P. 64–70.

468. Zhyhaylo N., Tsymbaliuk M., Zhyhaylo V. Features of Mental Reactions in Military Personnel Affected by War. *Visnyk of the Lviv University. Series Psychological Sciences*. 2025. № 26. P. 40–47. DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2025.26.6.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкетування щодо соціально-демографічних, бойових, післябойових та адаптаційних характеристик респондентів

Шановний учаснику дослідження! Дякуємо Вам за готовність взяти участь у нашому дослідженні. Метою анкети є збір інформації про соціально-демографічні, бойові, післябойові та адаптаційні характеристики важкопоранених комбатантів. Відповідаючи на запитання, будь ласка, будьте максимально щирими. Усі отримані відповіді будуть використані винятково в наукових цілях та зберігатимуться конфіденційно. Участь у дослідженні є добровільною. Заповнення анкети триватиме орієнтовно 10–15 хвилин. Дякуємо Вам за участь у дослідженні та надану інформацію!

1. Вкажіть Ваш вік: ____.
2. Стать:

а) чоловіча;

б) жіноча.

3. Сімейний стан:

а) у шлюбі або у партнерських стосунках;

б) розлучені або не мають стосунків.

4. Кількість дітей: ____.
5. Освіта:

а) повна загальна середня освіта;

б) професійно-технічна освіта;

в) незакінчена вища освіта;

г) вища освіта.

6. Рік початку участі в бойових діях: ____.
7. Тривалість участі (місяців): ____.

8. Чи брали участь у бойових діях на лінії фронту?

а) так;

б) ні.

9. Чи отримували Ви поранення під час бойових дій?

а) так;

б) ні.

10. Характер поранення (коротко опишіть): _____.

11. Чи проходили Ви стаціонарне лікування після поранення?

а) так;

б) ні.

12. Чи брали участь у програмах медичної/психологічної реабілітації?

а) так;

б) ні.

13. Чи маєте Ви постійне місце роботи станом на тепер?

а) так;

б) ні.

14. Якщо ні – головна причина:

а) стан здоров'я;

б) відсутність вакансій;

в) інше (вкажіть) _____.

15. Джерела доходу:

а) робота;

б) державна допомога;

в) волонтерська допомога;

г) інше _____.

16. Як Ви оцінюєте свій поточний рівень адаптації до мирного життя?

а) високий;

б) середній;

в) низький;

г) зовсім не адаптований.

17. Найбільші труднощі адаптації (можна вибрати кілька варіантів):

а) здоров’я;

б) працевлаштування;

в) стосунки в сім’ї;

г) спілкування з оточенням;

д) інше _____.

18. Чи відчуваєте Ви достатній рівень соціальної підтримки (з боку сім’ї, держави, волонтерів)?

а) так;

б) частково;

в) ні.

19. Які ресурси/допомога найбільше потрібні для Вашої успішної адаптації? (відкрите питання) _____

_____.

20. Як Ви загалом оцінюєте якість свого життя на цей момент (за 10-бальною шкалою, де 1 – дуже низька, 10 – дуже висока): ___.

Додаток Б

Напівструктуроване інтерв'ю щодо досвіду соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів до мирного життя

Інструкція. Мета: вивчити особистий досвід, емоційні реакції, труднощі, ресурси та стратегії адаптації важкопоранених комбатантів після повернення з війни до мирного життя.

Питання для інтерв'ю:

1. Який у вас військовий досвід? (рік призову, вид військ, бойові дії).
2. Чи отримували ви поранення? Якого характеру? (тілесні, психологічні)
3. Як ви дізналися про ступінь тяжкості поранення?
4. Якими були ваші перші емоції після поранення?
5. Що змінилося у вашому житті після поранення?
6. Які найважчі труднощі ви відчували після повернення до цивільного життя?
7. Що вам допомогло пристосуватися до змін? (люди, події, служби, ресурси)
8. Які навички або внутрішні якості допомогли вам пристосуватися?
9. Чи відчуваєте ви тривогу, депресію, стрес у повсякденному житті?
10. Яку роль у вашому житті відіграє родина зараз?
11. Чи користувались ви послугами психолога або психотерапевта? Якщо так, що допомогло? Якщо ні, то чому?
12. Яким ви бачите своє майбутнє?
13. Чи є у вас плани щодо роботи, навчання, хобі?
14. Що вас найбільше мотивує жити далі?

Після транскрибування інтерв'ю відбувається кодування тексту. З нього виокремлюються категорії і теми, які повторюються у відповідях різних респондентів.

№ п/п	Категорія	Приклади тем (на основі відповідей)
1.	Труднощі адаптації	Страх майбутнього, соціальна ізоляція, стигма, сором
2.	Психологічний стан	Тривожність, апатія, депресія, ПТСР
3.	Підтримка	Допомога сім'ї, підтримка побратимів, допомога волонтерів
4.	Ресурси адаптації	Мотивація, віра, бажання бути корисним, досвід армії
5.	Перешкоди	Бюрократія, недовіра до держави, фізичний біль
6.	Майбутнє	Наявність життєвих цілей / їх відсутність

На основі всіх відповідей визначається рівень соціально-психологічної адаптації за критеріями.

№ п/п	Рівень	Характеристика рівня
1.	Високий	Респондент прийняв поранення, має цілі, вірить у майбутнє, активний, використовує підтримку
2.	Середній	Частково прийняв ситуацію, іноді проявляє апатію, але прагне змін, пробує адаптуватися
3.	Низький	Відсутність цілей, глибока депресія, залежність, відчуття безпорадності, самоізоляція

Додаток В

Методика вивчення соціально-психологічної адаптації
(К. Роджерс – Р. Даймонд)

Інструкція. Ознайомтеся з поданими висловлюваннями й співвіднесіть їх зі своїм особистим досвідом.

Ваше завдання – оцінити ступінь подібності наведених тверджень до вас самих, використовуючи таку шкалу:

0 – зовсім не відповідає мені;

1 – майже не відповідає;

2 – скоріше не відповідає;

3 – важко сказати;

4 – дещо подібне, але є сумніви;

5 – схоже на мене;

6 – це повністю про мене.

У таблиці нижче навпроти кожного висловлювання вкажіть свій варіант відповіді.

№ п/п	Висловлювання	0	1	2	3	4	5	6
1.	Мені незручно починати діалог з іншими							
2.	Я не маю бажання відкриватися перед іншими							
3.	Мене приваблює ризик, боротьба, змагання							
4.	Я висуваю до себе високі вимоги							
5.	Часто докоряю собі за власні вчинки							
6.	Періодично відчуваю пригнічення							
7.	Сумніваюся, що подобаюсь людям протилежної статі							
8.	Завжди дотримуюсь обіцянок							
9.	У мене доброзичливі взаємини з оточенням							

10.	Я стримана людина, зазвичай уникаю тісного спілкування							
11.	Зазвичай у невдачах звинувачую себе							
12.	Я відповідальна людина, на мене можна покластися							
13.	Відчуваю безсилля змінити щось у своєму житті							
14.	Часто дивлюсь на речі очима своїх однолітків							
15.	Приймаю правила й норми, яких слід дотримуватись							
16.	Мені бракує власних переконань та життєвих принципів							
17.	Мені подобається мріяти, іноді важко повернутися до реальності							
18.	Переживаю образи й часто обмірковую способи захисту або помсти							
19.	Мені легко керувати своїми діями, самоконтроль для мене не проблема							
20.	Мій настрій часто змінюється, іноді настає нудьга							
21.	Мене мало турбує те, що відбувається з іншими, зосереджений лише на собі							
22.	Люди зазвичай викликають у мене симпатію							
23.	Не соромлюся своїх почуттів і відкрито їх проявляю							
24.	Серед великої кількості людей почуваюся самотньо							
25.	Іноді хочеться втекти від усього, сховатися							
26.	Зазвичай легко й невимушено спілкуюся з іншими							
27.	Іноді мені важко побороти внутрішні суперечності							
28.	Недовірливо сприймаю доброзичливість, здається, що її не заслуговую							
29.	Я оптимістично налаштований, вірю в краще							

30.	Я вперта людина, наполягаю на своєму							
31.	Я критично ставлюся до людей, засуджую їх, якщо вважаю, що це заслужено							
32.	Часто почуваюся веденим, а не лідером – важко самостійно приймати рішення							
33.	Більшість людей, які мене знають, ставляться до мене добре							
34.	Іноді маю думки, які не хочу нікому озвучувати							
35.	Я маю привабливу зовнішність							
36.	Часто почуваюся безпорадним і потребую, щоб хтось був поруч							
37.	Якщо приймаю рішення – намагаюся його виконати							
38.	Під час прийняття рішень часто відчуваю вплив інших							
39.	Відчуваю провину навіть у тих випадках, коли в цьому немає сенсу							
40.	Часто маю неприязнь до всього, що мене оточує							
41.	Загалом я задоволений усім							
42.	Мені важко організувати себе, почуваюся незібраним							
43.	Відчуваю млявість, байдужість до того, що раніше хвилювало							
44.	Я врівноважена та спокійна людина							
45.	Часто відчуваю роздратування і не можу його стримати							
46.	Часто почуваюся ображеним							
47.	Я імпульсивна, гарячкувата людина, мені бракує стриманості							
48.	Іноді поширюю плітки							
49.	Не завжди довіряю власним відчуттям – вони мене підводять							
50.	Мені важко залишатися собою							
51.	Перш ніж щось зробити, я добре обмірковую, орієнтуюся більше на думки, ніж на емоції							
52.	Іноді перебільшую події, фантазую зайве							

53.	Я терпимий до інших і приймаю людей такими, якими вони є							
54.	Намагаюся уникати роздумів про власні проблеми							
55.	Я вважаю себе цікавою й привабливою особистістю							
56.	Я сором'язлива людина							
57.	Мені потрібно нагадувати, щоби доводив справи до кінця							
58.	Відчуваю внутрішню перевагу над іншими							
59.	Не бачу в собі нічого індивідуального, унікального							
60.	Я боюся, що інші думають про мене щось погане							
61.	Мені важливо бути кращим у тому, що має для мене значення							
62.	У мені є багато такого, що викликає зневагу							
63.	Я енергійна, ініціативна, діяльна людина							
64.	У складних ситуаціях часто пасую							
65.	Я занижено себе оцінюю							
66.	Я вмію впливати на інших, бути лідером							
67.	Загалом ставлюся до себе добре							
68.	Я наполеглива людина – мені важливо робити по-своєму							
69.	Не люблю, коли стосунки псуються, особливо через сварки							
70.	Довго не можу прийняти рішення, а потім сумніваюся у ньому							
71.	Почуваюся розгублено, невпевнено							
72.	Я задоволений собою							
73.	Мені часто не щастить							
74.	Я приємна людина, притягую до себе інших							
75.	Можливо, я не дуже вродливий, але привабливий як особистість							
76.	Зневажаю осіб протилежної статі й не спілкуюся з ними							
77.	Коли потрібно щось зробити, мене охоплює страх або сумніви							

78.	Почуваюся внутрішньо спокійно, ніщо мене надто не турбує							
79.	Я здатен працювати наполегливо							
80.	Відчуваю, що змінююсь і дорослішаю, моє ставлення до світу стає іншим							
81.	Іноді говорю про речі, в яких зовсім не розбираюся							
82.	Я завжди говорю правду							
83.	Часто буваю напруженим або знервованим							
84.	Щоб я щось зробив, потрібно на мене натиснути або наполягати							
85.	Почуваюся невпевнено							
86.	Мушу часто себе захищати, пояснювати свої вчинки							
87.	Я поступлива, м’яка людина у спілкуванні							
88.	Мені подобається розмірковувати							
89.	Іноді люблю похизуватися							
90.	Приймаючи рішення, часто їх змінюю, дорікаю собі за слабку волю							
91.	Стараюся покладатися лише на себе							
92.	Я ніколи не запізнююся							
93.	Відчуваю внутрішню несвободу							
94.	Я відрізняюся від інших							
95.	Я ненадійний, на мене не можна покластися							
96.	Я добре розумію себе і приймаю таким, яким є							
97.	Я відкрита, товариська людина, мені легко спілкуватися							
98.	Я маю достатньо сил і здібностей, щоб впоратись із життєвими завданнями							
99.	Я не ціную себе, мене не сприймають серйозно, максимум – просто терплять							
100.	Часто переймаюся людьми протилежної статі більше, ніж хотів би							
101.	Усі свої звички вважаю позитивними							

Обробка результатів. Після заповнення анкети, за допомогою ключа слід підрахувати суму балів за кожним із показників.

Інтерпретація:

1) показники, що нижчі за нормативні значення, свідчать про недостатню сформованість відповідної якості (наприклад, занижена адаптивність, самосприйняття тощо);

2) показники, що перевищують норму, можуть вказувати на надмірний розвиток певної характеристики або неадаптивні прояви.

Ключ до методики

№ з/п		Показники	Номер висловлювання	Норма
A	а	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68–136
	б	Дезадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68–136
2		Неправда –	34, 45, 48, 81, 89	18–36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
S	а	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22–42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14–28
L	а	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12–24
	б	Неприйняття інших	2, 10,21,28, 40, 60, 76	14–28
E	а	Емоційний комфорт	23, 29, 30, 41, 44, 47, 78	14–28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14–28
I	а	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79, 91, 98	26–52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70, 71, 73, 77	18–36
D	а	Домінування	58, 61, 66	6–12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12–24
8		Ескапізм (ухилення від проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10–20

Додаток Г

Шкала задоволеності життям

(Satisfaction with Life Scale, SWLS (Diener et al., 1985)

Інструкція. Вам запропоновано 5 тверджень, що стосуються Вашого ставлення до життя загалом.

Будь ласка, оберіть один варіант відповіді для кожного твердження, який найточніше відображає Ваші відчуття протягом останнього тижня.

Кожне твердження оцінюється за 7-бальною шкалою:

1 – цілковито не згоден(на);

2 – не згоден(на);

3 – скоріше не згоден(на);

4 – нейтральна позиція / важко сказати;

5 – скоріше згоден(на);

6 – згоден(на);

7 – цілковито згоден(на).

Оцініть усі твердження, відповіді занесіть у відповідний бланк.

№ п/п	Твердження	1	2	3	4	5	6	7
1.	Загалом моє життя дуже близьке до того, яким би я хотів(ла) його бачити							
2.	Мої життєві обставини загалом дуже сприятливі							
3.	Я повністю задоволений(на) своїм життям							
4.	У мене є в житті все, що мені дійсно необхідне							
5.	Якби я мав(мала) змогу прожити життя з початку, я б майже нічого не змінив(ла)							

Підсумуйте бали за всі 5 тверджень. Мінімально можлива сума – 5 балів, максимально – 35 балів.

Інтерпретація результатів

Сума балів	Рівень	Характеристика рівня
30–35	Дуже висока задоволеність	Ви почуваєтесь щасливим(-ою) та повністю задоволеним(-ою) життям. Ваше емоційне благополуччя на високому рівні
25–29	Висока задоволеність	Ви загалом задоволені тим, як складається ваше життя. Можуть бути дрібні труднощі, але загальна оцінка – позитивна
20–24	Помірна задоволеність	Ваше життя не є ідеальним, але ви сприймаєте його достатньо прийнятно. Можливі окремі моменти незадоволення
15–19	Помірна незадоволеність	Ви не зовсім задоволені своїм життям. Можливо, варто переглянути деякі життєві пріоритети або звернути увагу на джерела внутрішньої напруги
10–14	Низький рівень задоволеності	Ваше емоційне самопочуття потребує уваги. Ймовірно, є важливі сфери життя, які не приносять очікуваного задоволення
5–9	Вкрай низька задоволеність	Ви глибоко незадоволені своїм життям. Рекомендується звернутись за професійною підтримкою, аби зрозуміти джерела цього стану та знайти шлях до покращення

Додаток Д

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»
(The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповіді на наведені нижче запитання, обравши варіант, який найточніше відображає ваш стан або ставлення. Для цього поставте знак «+» у відповідній комірці згідно з наступною шкалою:

1 – зовсім ні;

2 – трохи;

3 – середньо;

4 – дуже сильно;

5 – надзвичайно сильно.

№ п/п	Твердження	1	2	3	4	5
1.	Наскільки Ви задоволені своїм фізичним здоров'ям?					
2.	Наскільки Вас влаштовує якість Вашого сну?					
3.	Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати щоденні справи?					
4.	Чи відчуваєте Ви депресивні або тривожні стани?					
5.	Чи здатні Ви отримувати задоволення від життя?					
6.	Чи відчуваєте Ви, що маєте життєву мету?					
7.	Чи відчуваєте Ви оптимізм щодо майбутнього?					
8.	Чи відчуваєте Ви контроль над своїм життям?					
9.	Наскільки Ви задоволені собою як особистістю?					
10.	Наскільки Ви задоволені своєю зовнішністю?					
11.	Чи відчуваєте Ви, що можете жити так, як хочете?					
12.	Чи впевнені Ви у своїх переконаннях і думках?					
13.	Чи здатні Ви займатися тим, чим бажаєте?					
14.	Чи маєте Ви змогу зростати й розвиватися як особистість?					
15.	Наскільки Ви задоволені своїми досягненнями та собою?					

16.	Наскільки Ви задоволені своїм сімейним і особистим життям?					
17.	Чи відчуваєте Ви щастя у стосунках із друзями та близькими?					
18.	Наскільки Вам комфортно у спілкуванні з іншими людьми?					
19.	Чи задоволені Ви своїм інтимним життям?					
20.	Чи маєте Ви змогу звернутися за допомогою у складній ситуації?					
21.	Чи вважаєте Ви, що маєте достатньо коштів для задоволення власних потреб?					
22.	Наскільки Ви задоволені можливістю займатися спортом чи відпочинком?					
23.	Наскільки доступні для Вас медичні послуги?					
24.	Наскільки Ви задоволені своєю здатністю працювати?					

Інструкція з обробки результатів. Опитувальник містить три окремі субшкали:

1. Психологічне благополуччя охоплює пункти 4–15.

2. Фізичне здоров’я та благополуччя – пункти 1–3 і 21–24.

3. Соціальні стосунки – пункти 16–20.

Усі пункти оцінюються за прямою шкалою, крім пункту 4 (про депресію і тривогу), який має зворотне оцінювання (тобто 1=5 балів, 2=4 бали і т.д.).

Загальний рівень суб’єктивного благополуччя розраховується як сума всіх балів (мінімум – 24, максимум – 120).

Інтерпретація результатів

№ п/п	Шкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
1.	Психологічне благополуччя	12–39 балів	40–47 балів	48–60 балів
2.	Фізичне здоров’я та благополуччя	7–20 балів	21–25 балів	26–35 балів
3.	Стосунки	5–16 балів	17–20 балів	21–25 балів
4.	Загальний показник суб’єктивного благополуччя	24–76 балів	77–91 балів	92–120 балів

Додаток Е

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10)

Інструкція. Опитування є добровільним та анонімним. Будь ласка, оцініть кожне з наведених тверджень, орієнтуючись на свій стан, поведінку та переживання протягом останнього місяця. Якщо деякі із зазначених у твердженнях ситуацій не траплялися з Вами останнім часом, спробуйте уявити, як би Ви, найімовірніше, відреагували на них.

Оберіть один варіант відповіді на кожне твердження:

0 – зовсім не так;

1 – рідко так;

2 – іноді так;

3 – часто так;

4 – майже завжди так.

№ п/п	Твердження	0	1	2	3	4
1.	Я здатен(на) адаптуватися, коли в моєму житті відбуваються зміни					
2.	Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху					
3.	У складних ситуаціях я намагаюся знаходити щось гумористичне					
4.	Подолання стресу робить мене сильнішим(ою)					
5.	Я швидко відновлююсь після хвороби, травм чи емоційних потрясінь					
6.	Навіть за наявності перешкод я вірю, що зможу досягти своїх цілей					
7.	Під тиском я зберігаю зосередженість і мислю чітко					
8.	Мене не легко зламати навіть після невдач					
9.	Я вважаю себе сильною людиною, здатною протистояти труднощам і викликам					
10.	Я можу справлятися з неприємними емоціями (смуток, страх чи гнів)					

Оцінювання результатів. Підсумуйте всі отримані бали. Загальний бал може варіюватися від 0 до 40. Чим вищий результат, тим вищий рівень життєстійкості демонструє респондент.

Сума балів	Рівень життєстійкості	Характеристика
0–13 балів	Низький рівень	Особа має значні труднощі з подоланням стресу, не вміє швидко адаптуватися до змін, схильна до розгубленості та емоційного виснаження. Високий ризик емоційної дестабілізації під час кризових подій. Рекомендована психологічна підтримка
14–26 балів	Середній рівень	Життєстійкість розвинена на помірному рівні. Особа зазвичай здатна справлятися з труднощами, але в умовах тривалого чи сильного стресу може втрачати внутрішню стійкість. Є потреба у розвитку навичок саморегуляції та психологічної витривалості
27-34 балів	Достатньо високий рівень	Особа добре пристосовується до змін, вміє долати труднощі, зберігає спокій у складних ситуаціях. Має ефективні стратегії самопідтримки та внутрішні ресурси
35–40 балів	Високий рівень	Високий рівень стресостійкості та адаптивності. Особа легко відновлюється після стресу, діє впевнено та цілеспрямовано в складних обставинах. Позитивно налаштована, володіє високим ступенем самоконтролю та психологічної зрілості

Додаток Ж

Опитувальник депресії Бека

Інструкція. Ознайомтеся з твердженнями в кожній групі та оберіть одне, яке найточніше відображає Ваше самопочуття протягом останнього тижня, включно із сьогоднішнім днем. Обведіть або позначте номер обраного варіанта відповіді.

1. Настрій:

0 – мені не сумно;

1 – мені сумно, я почуваюся пригніченим;

2 – я постійно сумую і не можу відволіктись;

3 – я відчуваю нестерпний сум і тугу.

2. Погляд у майбутнє:

0 – я спокійно думаю про майбутнє;

1 – майбутнє викликає в мене тривогу;

2 – я не маю надій на майбутнє;

3 – у моєму майбутньому нічого доброго, і я не можу цього змінити.

3. Почуття невдачі:

0 – я не вважаю себе невдахою;

1 – у мене більше невдач, ніж в інших;

2 – моє життя – низка помилок;

3 – я абсолютний невдаха.

4. Задоволення від занять:

0 – я отримую задоволення, як раніше;

1 – менше задоволення, ніж раніше;

2 – я майже не отримую задоволення;

3 – будь-яке заняття викликає нудьгу.

5. Почуття провини:

0 – я не відчуваю провини;

1 – іноді почуваюся винним;

2 – мене часто мучить почуття провини;

3 – постійне почуття провини.

6. Почуття покарання:

0 – я не думаю, що заслуговую покарання;

1 – можливо, заслуговую покарання;

2 – я маю бути покараним;

3 – вважаю, що доля мене карає.

7. Самооцінка:

0 – я задоволений собою;

1 – я незадоволений собою;

2 – я собі огидний;

3 – я ненавиджу себе.

8. Самокритика:

0 – не думаю, що я гірший за інших;

1 – критикую себе за помилки;

2 – постійно докоряю собі;

3 – звинувачую себе в усьому.

9. Думки про самогубство:

0 – ніколи не думав про це;

1 – іноді думаю, але не зроблю цього;

2 – думаю про самогубство і планую;

3 – якщо буде нагода – зроблю це.

10. Плаксивість:

0 – плачу як завжди;

1 – плачу частіше, ніж звичайно;

2 – плачу постійно;

3 – не можу плакати, навіть коли хочу.

11. Дратівливість:

0 – не дратуюся частіше;

1 – дратуюся легше;

2 – постійне роздратування;

3 – байдужість до всього.

12. Інтерес до людей:

0 – не втратив інтересу;

1 – менше цікавлять люди;

2 – майже не цікавлять;

3 – глибока байдужість.

13. Прийняття рішень:

0 – приймаю рішення як раніше;

1 – важче ухвалювати рішення;

2 – дуже важко ухвалювати рішення;

3 – не можу ухвалити жодного рішення.

14. Сприйняття зовнішності:

0 – виглядаю як завжди;

1 – турбуюся, що виглядаю гірше;

2 – вважаю, що виглядаю дедалі гірше;

3 – переконаний, що виглядаю жахливо.

15. Працездатність:

0 – працюю як завжди;

1 – часто доводиться змушувати себе працювати;

2 – дуже важко змусити себе працювати;

3 – не здатен працювати.

16. Сон:

0 – сплю як завжди;

1 – гірше сплю;

2 – прокидаюся раніше і важко заснути знову;

3 – прокидаюся і вже не засинаю.

17. Втома:

0 – не втомлююсь більше, ніж раніше;

1 – втомлююсь швидше;

2 – втомлююсь від усього;

3 – не можу нічим займатись через втому.

18. Апетит:

0 – апетит не змінився;

1 – апетит погіршився;

2 – апетит майже відсутній;

3 – апетиту немає зовсім.

19. Зміни ваги:

0 – Вага не змінилась;

1 – схуд(ла) більш ніж на 3 кг;

2 – схуд(ла) більш ніж на 5 кг;

3 – схуд(ла) більш ніж на 7 кг.

Чи свідомо обмежуєте харчування для схуднення? Так / Ні.

20. Фізичне здоров’я:

0 – самопочуття нормальне;

1 – турбують фізичні симптоми;

2 – дуже турбують фізичні симптоми;

3 – не можу думати ні про що, крім здоров’я.

21. Статеве життя:

0 – інтерес не зменшився;

1 – менший інтерес, ніж зазвичай;

2 – значне зниження інтересу;

3 – повна втрата інтересу.

Інтерпретація результатів за шкалою депресії Бека.

0–9 балів. Норма або мінімальний рівень депресії. Ознак депресивного стану немає або вони незначні. Варто й надалі піклуватися про своє психічне здоров’я: дотримуватись режиму сну, підтримувати фізичну активність, зберігати соціальні контакти й виділяти час для відпочинку.

10–15 балів. Легка (субклінічна) депресія. Починають з’являтися окремі симптоми емоційного виснаження чи пригніченості. Варто звернути більше уваги на власний емоційний стан. Рекомендується профілактична зустріч із психологом або психотерапевтом. У багатьох випадках допомагають базові техніки емоційної саморегуляції або короткострокова підтримка.

16–19 балів. Помірний рівень депресії. Симптоми стають помітнішими та можуть впливати на повсякденне життя: зниження інтересу до звичних речей, апатія, труднощі в роботі чи у стосунках. Варто звернутися до психолога чи психотерапевта, особливо якщо стан триває понад два тижні. Фахівець допоможе з діагностикою причин та добором відповідної форми допомоги – індивідуальної або групової.

20–29 балів. Виражена депресія середньої тяжкості. Стан значно впливає на повсякденне функціонування: зникає мотивація, з’являються проблеми зі сном, концентрацією, емоційною стабільністю, можуть виникати нав’язливі негативні думки. Не зволікайте зі зверненням до спеціаліста. Рекомендована психотерапія, а в окремих випадках і медикаментозна підтримка (після консультації з психіатром).

30–63 бали. Тяжка депресія. Можливі сильне емоційне виснаження, почуття безнадії, байдужість до навколишнього, суїцидальні думки. Це серйозний стан, що потребує негайної професійної допомоги. Важливо звернутися до психіатра й психотерапевта. У разі наявності суїцидальних намірів, слід терміново скористатися кризовою допомогою або звернутись на гарячу лінію підтримки. Депресія піддається лікуванню, і з належною допомогою можна повернути собі якість життя.

Пам’ятайте, що тест Бека на депресію є інструментом самодіагностики та не замінює професійної консультації психолога чи психотерапевта.

Додаток З

Шкала тривожності Бека

Інструкція. Нижче наведено перелік поширених фізичних і психоемоційних симптомів, які можуть супроводжувати тривогу. Ваше завдання — оцінити, наскільки кожен із наведених симптомів турбував Вас протягом останнього місяця, включно із сьогоднішнім днем. Для кожного твердження оберіть один із чотирьох варіантів відповіді:

0 балів – зовсім не турбував;

1 бал – турбував незначно;

2 бали – турбував помірно, іноді викликав дискомфорт;

3 бали – турбував сильно або постійно.

№ п/п	Перелік симптомів	0	1	2	3
1.	Відчуття оніміння або поколювання				
2.	Відчуття внутрішнього жару				
3.	Тремтіння або слабкість у ногах				
4.	Важко розслабитись				
5.	Постійний страх, що трапиться щось дуже погане				
6.	Відчуття запаморочення або легкого головокружіння				
7.	Прискорене серцебиття (пульсування в грудях)				
8.	Відчуття нестійкості, ніби втрачається рівновага				
9.	Напади сильного страху чи паніки				
10.	Постійна нервозність або напруження				
11.	Утруднене дихання, наче не вистачає повітря				
12.	Тремтіння або дрібний тремор рук				
13.	Почуття слабкості, немов «розм’яклі» ноги				
14.	Страх втратити контроль над собою				
15.	Ускладнене або поверхневе дихання				
16.	Страх померти				
17.	Часте відчуття переляку без видимої причини				
18.	Неприємні відчуття в шлунково-кишковому тракті				
19.	Відчуття, ніби от-от знепритомнієте				
20.	Приплив жару або крові до обличчя				
21.	Напади поту (гарячого або холодного)				

Інтерпретація результатів шкали тривожності Бека. Після заповнення опитувальника підрахуйте загальну кількість балів, додаючи оцінки за всі 21 пункт. Отримана сума дозволяє визначити рівень тривожності:

0–5 балів. Відсутність або норма тривоги. Ваш емоційний стан перебуває у межах норми. Ви не відчуваєте виражених проявів тривоги, ваше психоемоційне благополуччя є стабільним. Рекомендується підтримувати наявний рівень саморегуляції, слідкуючи за балансом відпочинку, сну, соціальної активності та стрес-навантаження.

6–8 балів. Легкий рівень тривоги. Спостерігаються окремі прояви тривожного стану, які можуть бути пов’язані з короткотривалим стресом або ситуаційним напруженням. Стан не вимагає термінового втручання, але може потребувати уваги до власного психічного здоров’я.

9–18 балів. Середній рівень тривоги. Тривога проявляється помірно, з регулярними симптомами, що можуть впливати на повсякденну діяльність, знижувати концентрацію, порушувати сон або викликати дратівливість. Рекомендується звернутися до психолога чи психотерапевта для оцінки стану, обговорення причин тривоги та підбору індивідуальних методів самодопомоги чи психокорекції.

19 балів і більше. Високий рівень тривоги. Симптоми тривоги мають інтенсивний характер і можуть суттєво впливати на якість життя. Відчуваєте постійну напругу, страх, розлади сну, фізичні симптоми тривоги. Наполегливо рекомендується звернутися за професійною психологічною або психіатричною допомогою.

Додаток К

Методика Дж. Голланда для визначення професійного типу особистості

Інструкція. Перед вами список професій, об'єднаних у пари. У кожній парі оберіть ту професію, яка вам найбільше до вподоби, цікавіша або здається більш привабливою, і поставте у відповідній клітинці бланку відповідей знак «+».

Якщо у якійсь парі вам складно визначитися з вибором, залиште її без відмітки, але обов'язково в одній з наступних пар позначте обидві професії знаком «+». Усього ви маєте зробити 42 позначки «+».

№ п/п	Професія А	№ п/п	Професія Б
1а.	Інженер-механік	1б.	Інженер-конструктор
2а.	В'язальниця	2б.	Лікар-терапевт
3а.	Кухар	3б.	Економіст з планування
4а.	Коваль ручного кування	4б.	Директор заводу
5а.	Кресляр	5б.	Дизайнер
6а.	Астролог	6б.	Лікар-психіатр
7а.	Хімік	7б.	Бухгалтер
8а.	Редактор (науковий)	8б.	Юрисконсульт
9а.	Науковий співробітник	9б.	Артист
10а.	Тренер команди	10б.	Статистик
11а.	Організатор виховної роботи	11б.	Адміністратор
12а.	Адвокат	12б.	Реставратор
13а.	Контролер якості	13б.	Постачальник замовлень
14а.	Касир	14б.	Хореограф
15а.	Податковий інспектор	15б.	Письменник
16а.	Садівник	16б.	Біолог
17а.	Водій автомобіля	17б.	Медична сестра
18а.	Інженер-енергетик	18б.	Секретар-друкарка
19а.	Маляр	19б.	Художник-декоратор
20а.	Метеоролог	20б.	Офіціант
21а.	Лаборант	21б.	Режисер
22а.	Соціолог	22б.	Ревізор
23а.	Зоолог	23б.	Головний технолог
24а.	Математик	24б.	Архітектор
25а.	Продавець	25б.	Обліковець

26а.	Вчитель	26б.	Командир взводу
27а.	Вихователь	27б.	Фотограф
28а.	Експедитор	28б.	Керуючий готелем
29а.	Коректор	29б.	Балетмейстер
30а.	Керуючий фермою	30б.	Диригент
31а.	Радіотехнік	31б.	Геолог
32а.	Слюсар-ремонтник	32б.	Аудитор
33а.	Лісник	33б.	Екскурсовод
34а.	Закрійник	34б.	Декоратор вітрин
35а.	Фізик	35б.	Директор комерційний
36а.	Біохімік	36б.	Консультант з маркетингу
37а.	Токсиколог	37б.	Маклер біржовий
38а.	Логопед	38б.	Стенографіст
39а.	Психолог	39б.	Менеджер
40а.	Референт	40б.	Торговець нерухомістю
41а.	Поет	41б.	Бібліотекар
42а.	Архіваріус	42б.	Мистецтвознавець

Обробка результатів. Після завершення тесту перенесіть усі відмічені у бланку відповіді в таблицю «Ключ до тесту Дж. Голланда», згідно з відповідними типами.

№	а	б	№	а	б	№	а	б	№	а	б
1			12			23			33		
2			13			24			34		
3			14			25			35		
4			15			26			36		
5			16			27			37		
6			17			28			38		
7			18			29			39		
8			19			30			40		
9			20			31			41		
10			21			32			42		
11			22			–	–	–	–	–	–

Підрахунок балів. Кількість «+» у кожному стовпчику визначає, наскільки ви відповідаєте певному професійному типу особистості:

Р – Реалістичний.

І – Інтелектуальний.

С – Соціальний.

К – Конвенційний.

П – Підприємливий.

А – Артистичний.

Ключ до тесту Дж. Голланда

Р	І	С	К	П	А

Загальну кількість балів за кожним типом переводять у стандартні бали за допомогою нормо-таблиці.

Обрати три найвищі показники, розташувавши їх у порядку спадання. Наприклад, якщо вищими є: П = 10, А = 8, І = 7, то формула професійного типу буде: ПАІ.5.

Типи особистості за Дж. Голландом

Тип особистості	Короткий опис	Типові професії	Основні особливості
Реалістичний (Р)	Практичні, емоційно стабільні люди, орієнтовані на реальні об’єкти та ручну працю. Віддають перевагу технічній діяльності, роботі з інструментами, механізмами, тваринами	Механік, інженер, агроном, водій	Розвинена моторика, обмеженість у спілкуванні, точність
Інтелектуальний (І)	Схильні до аналізу, досліджень і теоретичної діяльності. Цінують знання та логіку, часто замкнені, уникають практичної роботи	Фізик, біолог, математик, науковець	Абстрактне мислення, допитливість, самостійність
Соціальний (С)	Комунікабельні, емоційні, орієнтовані на допомогу іншим. Люблять навчати, консультувати, доглядати	Вчитель, психолог, лікар, соціальний працівник	Вербальні здібності, емпатія, гуманізм

Конвенційний (К)	Цінують порядок, правила, стабільність. Працюють у чітко структурованих умовах, часто з документами, цифрами	Бухгалтер, економіст, офіс-менеджер	Дисциплінованість, ригідність, слабка ініціативність
Підприємливий (П)	Активні, лідерські, прагнуть до впливу, статусу. Добре говорять, ведуть за собою інших, уникають рутинної праці	Керівник, журналіст, підприємець, дипломат	Домінантність, енергійність, слабка концентрація
Артистичний (А)	Творчі, емоційні, незалежні. Шукають самовираження через мистецтво, уникають формальних структур	Художник, музикант, актор, письменник	Інтуїція, креативність, виражена уява, нестабільна посидючість

Додаток Л

Методика «Самооцінка психічних станів»

(Г. Айзенк)

Інструкція. Ознайомтесь із твердженнями та для кожного оберіть ту відповідь, яка найточніше відображає ваш стан або поведінку:

2 бали – твердження цілком мені підходить;

1 бал – твердження частково мені підходить;

0 балів – твердження зовсім мені не підходить.

№ п/п	Твердження	0	1	2
1.	Я не почуваюся впевнено			
2.	Можу почервоніти без очевидної на те причини			
3.	У мене є проблеми зі сном або він мене непокоїть			
4.	Легко втрачаю інтерес до того, що відбувається, мені швидко стає нудно			
5.	Часто хвилююся через уявні проблеми			
6.	Я побоююся труднощів			
7.	Часто аналізую власні недоліки			
8.	Інші легко можуть переконати мене			
9.	Я схильний до підозрілості			
10.	Очікування дається мені важко			
11.	Інколи вважаю ситуації безвихідними, хоча вони такими не є			
12.	Невдачі сильно мене пригнічують			
13.	У складних ситуаціях часто звинувачую себе без підстав			
14.	Життєві труднощі нічому мене не навчають			
15.	Часто здаюся, вважаючи боротьбу безрезультатною			
16.	Відчуваю себе незахищеним			
17.	Час від часу переживаю відчай			
18.	Розгублююся перед складними життєвими ситуаціями			
19.	У тяжкі періоди хочеться, щоб мене пожаліли, поводжуся по-дитячому			
20.	Вважаю свої характерологічні вади незмінними			
21.	Хочу, щоб моє слово було вирішальним			
22.	Часто перебиваю інших під час розмови			
23.	Легко дратуюсь			

24.	Мені подобається робити зауваження іншим			
25.	Прагну бути авторитетом серед оточення			
26.	Мене не влаштовує мале, хочу більшого			
27.	Якщо розгніваюсь – важко себе стримати			
28.	Віддаю перевагу керівництву, а не підпорядкуванню			
29.	Моя міміка або жести іноді надто різкі або грубуваті			
30.	Я довго пам’ятаю образи			
31.	Мені важко змінювати звички			
32.	Перемикання уваги викликає труднощі			
33.	Ставлюсь з обережністю до всього нового			
34.	Мене важко переконати, якщо я вже маю думку			
35.	Мене тривожать нав’язливі думки, від яких важко позбутися			
36.	Не відразу йду на зближення з новими людьми			
37.	Розчаровують навіть незначні зміни в планах			
38.	Я впертий, навіть коли це шкодить справі			
39.	Уникаю ризику, навіть якщо він виправданий			
40.	Гостро реагую на будь-які порушення мого звичного режиму			

Обробка результатів. Підрахуйте суму балів окремо за кожною з груп:

№ п/п	Стан	Питання	Рівень
1.	Тривожність (схильність до занепокоєння, хвилювання, неспокою)	1–10	0–7 – низький рівень; 8–14 – середній; 15–20 – високий
2.	Фрустрація (реакція на труднощі або перешкоди, що викликає внутрішнє напруження)	11–20	0–7 – висока самооцінка; 8–14 – помірна фрустрація; 15–20 – низька самооцінка
3.	Агресивність (рівень ворожості, імпульсивності, конфліктності)	21–30	0–7 – спокійний; 8–14 – помірно агресивний; 15–20 – високий рівень агресії
4.	Ригідність (психічна негнучкість, небажання або неспроможність змінювати погляди, звички, поведінку)	31–40	0–7 – гнучкий; 8–14 – помірна ригідність; 15–20 – висока ригідність

Додаток М

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS
(Zimet et al., 1988)

Інструкція. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки воно відповідає вашим особистим відчуттям на цей момент. Скористайтеся наступною шкалою оцінювання:

0 – абсолютно не згоден(на);

1 – не згоден(на);

2 – частково не згоден(на);

3 – нейтрально / важко сказати;

4 – частково згоден(на);

5 – згоден(на);

6 – повністю згоден(на).

№ п/п	Твердження	1	2	3	4	5	6
1.	Є хтось, хто поруч, коли я потребую допомоги						
2.	Є людина, з якою я можу поділитися як радощами, так і труднощами						
3.	Моя родина справді готова мене підтримати						
4.	Я отримую необхідну мені емоційну підтримку від членів своєї родини						
5.	Поруч є людина, з якою мені комфортно						
6.	Мої друзі щиро прагнуть мені допомогти						
7.	Я можу покладатися на своїх друзів, коли мені важко						
8.	Я можу відверто говорити про свої проблеми з родиною						
9.	У мене є друзі, з якими я можу ділитися як радістю, так і переживаннями						
10.	У моєму житті є хтось особливий, кому небайдужі мої почуття						

11.	Члени моєї родини прагнуть підтримати мене у прийнятті рішень						
12.	Я можу обговорювати свої проблеми з друзями						

Шкала має 3 субшкали по 4 пункти кожна:

1. Сім’я: пункти 3, 4, 8, 11.

2. Друзі: пункти 6, 7, 9, 12.

3. Близькі люди (Significant Other): пункти 1, 2, 5, 10.

Результати обчислюються як середнє арифметичне кожної субшкали та загального балу. (Наприклад, загальна сума балів / 12 = загальний середній бал; сума балів субшкали / 4 = середній бал субшкали).

Рівні соціальної підтримки (за середнім балом):

5.1–6.0 балів. Високий рівень соціальної підтримки. Респондент відчуває сильну підтримку з боку сім’ї, друзів і/або близької людини. Соціальні зв’язки є надійним ресурсом.

3.0–5.0 балів. Середній рівень соціальної підтримки. Присутня, але може бути нестабільною або недостатньою в окремих сферах. Варто звернути увагу на ті групи, де показник нижчий.

Менше ніж 3.0 балів. Низький рівень соціальної підтримки. Можлива емоційна ізоляція, відчуття самотності або брак довіри до оточення. Рекомендовано опрацювати ці аспекти в рамках психологічної підтримки або психотерапії.

Інтерпретація за субшкалами. «Сім’я» показує, наскільки респондент сприймає свою родину як джерело допомоги, розуміння і підтримки. «Друзі» відображає рівень довіри, взаємності та готовності друзів надавати підтримку. «Близька людина» оцінює глибину емоційного зв’язку з важливою для респондента особою (не обов’язково членом родини чи другом).

Додаток Н

Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»
(Тест Д. Олсона)

Інструкція. Вам запропоновано 20 тверджень. Для кожного з них необхідно надати дві оцінки: спочатку – наскільки твердження відповідає реальному стану справ у Вашій сім'ї на цей момент, а потім – наскільки воно відповідає тому, як Ви хотіли б, щоб було в ідеальній сім'ї, якою Ви її уявляєте.

Оцінювання проводиться за п'ятибальною шкалою:

1 бал – майже ніколи;

2 бали – рідко;

3 бали – час від часу;

4 бали – часто;

5 балів – майже завжди.

Заповніть бланк, обравши відповідний варіант відповіді для кожного твердження. Дякуємо за участь!

№ п/п	Твердження	Реальна сім'я	Ідеальна сім'я
1.	Члени нашої сім'ї звертаються один до одного за допомогою		
2.	При вирішенні проблем враховуються думки дітей		
3.	Ми схвально ставимося до друзів інших членів родини		
4.	Діти самостійно обирають, як себе поводити		
5.	Ми зазвичай спілкуємось тільки у вузькому родинному колі		
6.	Кожен член родини може стати лідером		
7.	Родинні зв'язки слабші, ніж зі сторонніми		
8.	Ми змінюємо спосіб виконання щоденних справ		

9.	Ми любимо проводити вільний час разом		
10.	Батьки разом обговорюють, як карати дітей		
11.	Ми почуваємось дуже близькими один до одного		
12.	Рішення в родині здебільшого приймають батьки		
13.	На родинних подіях зазвичай присутні всі члени сім’ї		
14.	У нашій родині правила можуть змінюватися		
15.	Нам важко уявити, чим ми можемо займатись разом		
16.	Домашні обов’язки можуть переходити від одного до іншого		
17.	Ми радимось один з одним перед прийняттям рішень		
18.	Визначити лідера у нашій родині складно		
19.	Єдність дуже важлива для нашої родини		
20.	Важко сказати, хто за що відповідає вдома		

Інтерпретація результатів:

1. Рівень сімейної згуртованості. Підрахуйте бали за непарними твердженнями (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Сума визначає ступінь емоційного зв’язку між членами родини.

Категорії згуртованості:

10–34 балів – роз’єднаний тип (низька згуртованість);

35–40 балів – розділений тип (помірна згуртованість, оптимальна межа);

41–45 балів – зв’язаний тип (висока згуртованість, позитивна);

46–50 балів – зчеплений тип (надмірна залежність, можливі труднощі з автономією).

2. Рівень сімейної адаптації. Підрахуйте бали за парними твердженнями (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). Сума відображає гнучкість сім’ї до змін та її здатність адаптуватись до нових обставин.

Категорії адаптації:

10–19 балів – ригідний тип (низька гнучкість, домінує контроль);

20–24 балів – структурований тип (оптимальна стабільність);

25–28 балів – гнучкий тип (позитивна здатність до змін);

29–50 балів – хаотичний тип (високий рівень нестабільності).

3. Аналіз розбіжності між реальним і бажаним образом сім'ї. Підрахуйте різницю між реальними та ідеальними оцінками окремо за шкалами згуртованості та адаптації. Сума розбіжностей дозволяє визначити рівень задоволеності сімейним життям:

− мала розбіжність (висока задоволеність функціонуванням родини);

− велика розбіжність (низький рівень задоволеності, можливе бажання змін у структурі сім'ї).

Додаток О

Методика «Оцінка сімейної взаємодії в процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів»

Інструкція. Прочитайте кожне твердження та оцініть ступінь своєї згоди з ним. Оберіть один із варіантів відповіді:

1 бал – повністю не згоден;

2 бали – переважно не згоден;

3 бали – важко відповісти;

4 бали – переважно згоден;

5 балів – повністю згоден.

№ п/п	Твердження	1	2	3	4	5
1.	Родина підтримує мене в процесі адаптації до мирного життя					
2.	Я можу довірити близьким свої переживання					
3.	Члени родини заохочують мене до активного життя					
4.	У сім'ї враховують мої потреби та можливості					
5.	Близькі допомагають мені відновлювати впевненість у собі					
6.	Я відчуваю себе потрібним членам родини					
7.	Родина підтримує мої життєві плани					
8.	Мої успіхи викликають позитивну реакцію близьких					
9.	Я можу розраховувати на допомогу членів своєї сім'ї					
10.	Після поранення наші сімейні стосунки стали більш згуртованими					
11.	Близькі сприяють моєму психологічному відновленню					
12.	Родина підтримує мої професійні наміри					

13.	Я відчуваю повагу до себе з боку родини					
14.	У сім’ї панує атмосфера взаєморозуміння					
15.	Родина допомагає мені долати труднощі повсякденного життя					
16.	Близькі позитивно ставляться до змін, які відбулися зі мною після поранення					
17.	У нашій родині прийнято відкрито обговорювати проблеми					
18.	Родина допомагає мені зберігати оптимізм щодо майбутнього					
19.	Через поранення я став(ла) тягарем для родини					
20.	Мені складно знайти підтримку серед близьких					
21.	У сім’ї часто виникають конфлікти через мій стан					
22.	Я відчуваю нерозуміння з боку родини					
23.	Родичі уникають розмов про мої труднощі					
24.	Мені здається, що близькі втратили інтерес до мого життя					
25.	Через наслідки поранення я став(ла) менш значущим(ою) для сім’ї					
26.	Я відчуваю самотність навіть у колі родини					
27.	Близькі часто критикують мою поведінку					
28.	Я уникаю спілкування з родиною через можливі непорозуміння					
29.	Родина не бере активної участі у вирішенні моїх проблем					
30.	Між мною та членами сім’ї існує емоційна дистанція					

Обробка результатів. Прямими є твердження № 1–18. Бали за ними враховуються без змін.

Зворотними є твердження № 19–30. Для них здійснюється реверсія балів

1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
5 балів	4 бали	3 бали	2 бали	1 бал

Після реверсії підраховується загальна сума балів за всіма твердженнями.

Мінімально можливий результат становить 30 балів, максимально можливий – 150 балів.

Інтерпретація результатів

Загальна сума балів	Рівень сімейної взаємодії	Характеристика
30–59	Критично низький	Характеризується відчуттям відчуження, недостатністю емоційної підтримки, високим рівнем конфліктності та труднощами у взаєморозумінні між комбатантом і членами родини. Сім’я не виконує функцію психологічного ресурсу та не сприяє ефективній адаптації до мирного життя
60–89	Низький	Спостерігаються окремі прояви підтримки, проте вони є нестійкими та недостатніми для повноцінного подолання адаптаційних труднощів. Відзначаються труднощі комунікації, емоційна дистанція та недостатня залученість родини до процесу відновлення
90–119	Середній	Родина підтримує та бере участь у процесі адаптації комбатанта. Можуть зберігатися окремі труднощі у взаєморозумінні, прийнятті наслідків поранення або спільному подоланні життєвих труднощів
120–135	Високий	Характеризується емоційною близькістю, взаємною довірою, конструктивною підтримкою та активною участю членів родини в адаптаційному процесі. Сім’я виступає ресурсом соціально-психологічного відновлення та інтеграції комбатанта до мирного життя
136–150	Дуже високий	Свідчить про високий рівень згуртованості, взаєморозуміння та прийняття. Комбатант відчуває стабільну підтримку, довіру та впевненість у сімейних стосунках. Родина є провідним ресурсом його соціально-психологічної адаптації та особистісного відновлення

Для додаткового аналізу результатів розраховується коефіцієнт сімейної адаптаційної підтримки, який відображає відсотковий рівень сімейної взаємодії та визначається за формулою:

$$\text{KSAP} = \frac{S}{150} \times 100\%,$$

де KSAP – коефіцієнт сімейної адаптаційної підтримки;

S – отримана сума балів;

150 – максимально можлива кількість балів за методикою.

Коефіцієнт відображає відсотковий рівень сімейної підтримки та залученості родини до процесу соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта.

Інтерпретація коефіцієнта сімейної адаптаційної підтримки.

до 39 % (критично низький рівень);

40–59 % (низький рівень);

60–79 % (середній рівень);

80–89 % (високий рівень сімейної адаптаційної підтримки;

90–100 % (дуже високий рівень).

Зростання показника коефіцієнта відображає підвищення адаптаційного потенціалу сімейного середовища та його значущості як ресурсу соціально-психологічної адаптації важкопораненого комбатанта. Високі значення коефіцієнта свідчать про ефективне функціонування сімейної системи, достатній рівень емоційної підтримки та конструктивну участь членів родини у процесі відновлення і повернення до мирного життя.