

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ**

**Факультет управління та безпеки населення**

**кафедра психології діяльності в особливих умовах**

**О.В. Рябініна, Л.О. Гонтаренко**

**КУРС ЛЕКЦІЙ**

**з навчальної дисципліни**

**ПСИХОЛОГІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

**В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ**

**ПРОФЕСІЙНИХ КОНТИНГЕНТІВ**

**Харків – Черкаси 2024 рік**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
ЛЕКЦІЯ 1. Соціальна реабілітація як діяльність, її цілі та задачі.....	4
ЛЕКЦІЯ 2. Нормативно-правова база соціальної реабілітації.....	18
ЛЕКЦІЯ 3. Структура соціальної реабілітації службовців підрозділів безпеки та оборони.....	38
ЛЕКЦІЯ 4. Роль і місце соціальної реабілітації в процесі соціально-психологічного супроводу службовців.....	65
ЛЕКЦІЯ 5. Інтегральні технології соціально-психологічного супроводу....	102
ЛЕКЦІЯ 6. Медично-соціальні засади і критерії реабілітації контингентів сил безпеки та оборони.....	122
ЛЕКЦІЯ 7. Соціальна валеологія військовослужбовців і працівників сил безпеки.....	144
ЛЕКЦІЯ 8. Комунікаційні техніки реабілітації і реінтеграції комбатантів..	172
ЛЕКЦІЯ 9. Духовно-емоційний аспект соціально-комунікативних технологій у відновленні соціальної та професійної спроможності службовців.....	187

## ВСТУП

Курс лекцій з соціальної реабілітації є складовою частиною підготовки фахівців другого, магістерського рівня за освітньо-професійною програмою, що інтегрує спеціалізації екстремальної і кризової психології та соціальної роботи. Соціальна реабілітація є категорією функціонального гомеостазу, яка водночас акцентує увагу на комунікативній складовій у процесі реінтеграції в соціальне, а, за спроможності реципієнта, й у професійне середовище. Даний курс лекцій є допомогою з вивчення питань, що становлять зміст і специфіку соціальної реабілітації в її базовому значенні, як процесу відновлення і дій з кваліфікації придатності представника професійного контингенту; а також і питань організації соціально-психологічного супроводу військовослужбовців і працівників сил безпеки щодо надолуження соціальної спроможності в разі потреб, пов'язаних із наслідками травми при виконанні дій за призначенням.

## ЛЕКЦІЯ 1

### *Соціальна реабілітація як діяльність, її цілі та задачі*

#### План лекції

1. Поняття соціальної реабілітації
2. Специфіка соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони
3. Основна мета і задачі соціальної реабілітації службовців

#### **1. Поняття соціальної реабілітації**

Реабілітація – повернення нормальних показників життєдіяльності – це є широке поняття, що стосується, по-перше, всього спектру життєдіяльності і її умов, і по-друге, всього обсягу соціальних, професійних, вікових груп і всіх верств суспільства. Від однієї людини до цілого соціуму, до народонаселення цілої країни – таким є діапазон реабілітаційної практики фахівців психологів, соціальних робітників, лікарів різних спеціалізацій.

Під реабілітацією в теорії та практиці медицини, суспільних і соціально орієнтованих гуманітарних наук, а також у психології розуміють складний та багатовекторний процес відновлення функцій організму і психологічного статусу, дієздатності та працездатності в соціумі і професійному середовищі відповідно – особи, групи або контингенту, які зазнали дії різноманітних (природних, техногенних, соціальних, воєнних) негативних чинників. Отже, в понятті реабілітації враховується також специфіка таких чинників і статус середовища, яке породжує реабілітаційні потреби, заходи, дії та ініціативи. Реабілітація означає повернення до нормального життя і праці, а отже має на увазі необхідність надолуження фізичної, соціальної дієздатності, і так само психологічного здоров'я особистості.

*Реабілітація, в загальному і професійному аспектах, передбачає такі відносини «суб'єкт – суб'єкт», у яких працівник реабілітолог здійснює активний, необхідний і цілеспрямований медичний, психологічний, соціально відновлювальний вплив на реабілітанта – тобто людину, що підлягає такому впливу.* Необхідність реабілітації визначається не тільки об'єктивно наявним станом фізичного та психологічного здоров'я особи, у відношенні якої вона має бути проведена, але і на основі правових та соціальних засад з урахуванням нормативної бази, яка розробляється в державних установах і є в обов'язковому порядку науково обґрунтованою. А відтак, **реабілітація являє собою цілісну і водночас багатовимірну професійну діяльність з метою відновлення спроможності реабілітованої особи щодо нормальної фізичної, психологічної, соціальної професійної діяльності, її функцій та структур, життєдіяльності в цілому.** Стосовно професійних контингентів реабілітація є відновлення фізичної, психічної, соціальної спроможності особи або групи на тому рівні, який відповідає особистісним, суспільним, фаховим вимогам до професійної діяльності та її задачам і забезпечує належне виконання дій працівників за призначенням.

*Соціальна реабілітація* як відновлювальний процес має розглядатись, відтак, в аспекті активності реабілітолога та реабілітанта. З боку *спеціаліста реабілітолога* соціальна реабілітація передбачає відновлення дієздатності осіб у соціальному середовищі, комунікативної спроможності, самопочуття, здатності особи до саморегуляції своїх дій у соціумі і до адекватної відповіді на вплив соціального середовища. В частині соціальної підтримки населення і в тому числі різних верств, вікових і гендерних, суспільних і професійних груп та контингентів, фахівець із соціальної реабілітації виступає активним і послідовним посередником між реабілітантом або реабілітантами, з одного боку, та інстанціями, які провадять реабілітаційні програми державного рівня чи то приватні реабілітаційні ініціативи, з іншого. Соціальний робітник, який бере участь у процесі реабілітації особи або групи осіб, зобов'язаний не лише знати, але й активно впроваджувати законодавство, нормативні документи та

правові регулятиви як дороговкази для реінтеграції осіб і соціальних груп і в якості критеріїв оцінки її можливостей, а також цільових настанов.

З боку *реабілітанта* активне відновлення свого професійного статусу як комплексу необхідних здатностей і компетентностей, передусім практично орієнтованих, і в цілому соціальної реінтеграції коріниться у вольовій сфері і в необхідній мотивації даних процесів. Соціальна реабілітація, пам'ятаймо, є компонентом цілісного відновлювального процесу. Тому вона необхідно має враховувати специфіки і психологічної і медичної складових реабілітації. У визначенні цілей і задач соціальної реабілітації працівники реабілітологи та науковці з необхідністю спираються на психофізіологічні характеристики і терапевтичні статуси особи, яка їй підлягає. Медична реабілітація, медично-соціальний вимір відновлювальних процесів є базовим орієнтиром у рішенні задач психологічного, соціально-психологічного, професійного оновлення та повернення людини до виконання всіх вимог, які висуває життя та професія. Водночас, надолуження фізичного здоров'я навряд чи можливе без належних психічних і психосоціальних дій і стимулів. Найбільш типовим прикладом є необхідність у людини волі до життя, до дії, до повернення в стрій, для того, щоб її фізичні сили, здоров'я, тілесна спроможність були забезпечені на тому рівні, який характеризує психологічну та професійну дієздатність. Критерії її в професійному аспекті відповідають набору професійно важливих якостей і в цілому професіограмі того чи іншого роду діяльності.

Таким чином, соціальна реабілітація не може бути розглянута як дещо відокремлене від психологічних і особливо терапевтичних, у розрізі медичної практики, процесів. Не випадково експертні оцінки гожості осіб для служби в армії та будь-яких видів соціально значимої діяльності, що передбачають їх спроможність і відповідальне виконання всіх необхідних дій, спираються на медичне засвідчування характеристик життєдіяльності та стану здоров'я.

Водночас, теоретичні положення соціальної реабілітації висвітлюють низку спеціальних позицій щодо відновлення життєдіяльності та професійної спроможності осіб в аспекті особливостей соціальної проблематики в даній

сфері. Для розуміння цих позицій необхідно правильно трактувати термін «соціальний» стосовно практик суб'єкт-суб'єктної взаємодії і впливу на стан соціальної свідомості та спроможності реабілітанта зокрема.

Соціальний – не обов'язково означає суспільний. Латинське слово, від якого походить цей термін, слово «соціо», в перекладі «зв'язую», стосується різноманітних типів і форм міжособистісної та групової взаємодії, людських зносин, у яких виявляються взаємні інтереси та потреби, здійснюється обмін спроможністю до праці, що виявляє себе в реалізації здібностей, професійних діях. Соціально-реабілітаційний аспект розуміння терміна має на увазі обмін між суб'єктами праці і відновлення працездатності, соціальних можливостей і функцій реабілітанта.

Соціальний – це, отже, такий, що передбачає професійну дієздатність і, в цьому відношенні, відповідність особи функціям і задачам, які покладає на неї держава та суспільство.

Соціальний – це також означає закорінений у природі діяльності. В розумінні матеріалістичної психології, якою і є за положеннями вітчизняних науковців психологія діяльності в особливих умовах, – діяльність, свідомість, особистість являють собою взаємно представлені категорії, що виражають соціально-діяльнісний підхід, у тому числі, до реабілітаційних практик.

Отже, соціальний – це є термін, який стосується всіх груп, категорій і верств населення й обіймає особливості різноманітних, і не в останню чергу професійних контингентів сектору безпеки та оборони, що набуває особливо актуального характеру в умовах воєнного стану та необхідності постійного та надійного відновлення фізичного та психологічного здоров'я службовців.

Соціальний – це також аспект соціально-психологічного клімату груп і підрозділів, що характеризує наявний стан міжособових стосунків на момент їх вивчення. Щодо конкретної особи, наприклад, державного службовця – він виявляє спроможність за родом діяльності вступати в соціальні зносини – як усередині структури, посаду в якій обіймає, так і з іншими контингентами, верствами, групами. Процес реабілітації враховує надолуження цієї важливої

здатності особи і, через індивідуальний підхід у роботі з працівниками, групи та підрозділу. Працівник силових структур з необхідністю має професійно важливі якості, що забезпечують його роботу з громадянським населенням, володіє критичним мисленням, Soft Skills, психологічними та соціальними компетентностями для вирішення міжособистісних і соціально-правових питань і практично здатний забезпечувати виконання цих задач.

Загальноприйнятим є наступне **визначення соціальної реабілітації**.

Соціальна реабілітація у практичному вимірі являє собою систему дій і заходів, спрямованих на формування чи відновлення фізичних, психічних, моральних та соціальних функцій постраждалих, хворих, малозабезпечених та інших осіб, які мають у ній потребу. Соціальна реабілітація проводиться у відношенні осіб, які при здійсненні своїх соціально-правових і професійних функцій, обов'язків, дій за призначенням, при реалізації своїх прав та свобод постраждали через дію небезпечних факторів, небезпечних для життя умов і обставин, опинились у скрутному, несприятливому становищі і з цих причин потребують професійного та соціального потенціалу, соціального захисту чи особливих умов виховання.

Виходячи з цього **метою** соціальної реабілітації постраждалих і/або обмежених у соціальному захисті категорій громадян України призначається **повернення до сфери суспільно корисної діяльності**. Зокрема, соціальна реабілітація осіб, які постраждали від терористичного акту, згідно з «... боротьбу з тероризмом» (2003) проводиться з метою повернення таких осіб до нормальної життєдіяльності та трудової діяльності.

Соціальна реабілітація є складовою і одним із видів соціальної роботи з населенням. Практичне здійснення соціальної реабілітації громадян згідно з законодавством покладається на органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, зокрема **охорони здоров'я та освіти**, забезпечується через мережу **закладів соціального захисту населення**.

Основними **категоріями громадян**, до яких застосовується соціальна реабілітація, є контингенти населення та особи, які:



постраждали від соціальних, техногенних і природних катастроф;  
постраждали внаслідок небезпечних для життя факторів, у тому числі зумовлених воєнними діями;

постраждали від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань тощо;

є інвалідами, які втратили нормальну працездатність з різних причин та відносяться до різних категорій і груп осіб з інвалідністю;

особи, що опинились у скрутній та самотужки не вирішуваній життєвій ситуації (малозабезпечені, безпритульні та безробітні);

особи, що скоїли правопорушення, злочин (з необережності, невеликої або середньої тяжкості, вперше) та утримуються в місцях позбавлення волі (здійснюється на спеціальних дільницях трудотерапії, а також за допомогою медичних засобів і психолого-педагогічного впливу, та ін.);

зловживають алкоголем, вживають наркотичні і т. ін. речовини.

До цих категорій громадян застосовується медична (в т.ч. лікувальна), оздоровча, фізична, професійна (зокрема, трудова), освітня, психологічна, психіатрична та інші види соціальної реабілітації.

## **2. Специфіка соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони**

Працівники, що входять до складу професійних контингентів сектору безпеки та оборони, становлять окрему категорію осіб, які потребують уваги щодо соціальної реабілітації. По-перше, на відміну від осіб з інвалідністю або вразливих категорій населення, які зазнали негативних обставин та отримали, зокрема, травматичний досвід в умовах громадянського життя, внаслідок тих чи інших негараздів і небезпек, службовці-офіцери, солдати, держслужбовці силових структур мають справу з винятково небезпечними умовами роботи, зазнають специфічної дії стресогенних обставин і за участі в воєнних діях не

рідко серед відносного фізичного благополуччя і психологічної стабільності, яких вимагає робота, можуть отримати травматичний досвід психологічного характеру, бути пораненими, стати свідками загибелі інших людей і зрештою працюють із ризиком для власного життя, що само по собі є ситуацією гостро стресогенною, такою, що породжує глибокий хронічний стрес, який, через необхідність продовжувати виконання дій за призначенням, доводиться іноді «заганяти всередину», витіснити, приховувати від себе самих. Отже, в таких випадках людині необхідний комплекс заходів медичної, психологічної та соціальної реабілітації, яка цілеспрямовано та планомірно здійснюватиметься з урахуванням індивідуальних фізичних характеристик, психічного стану і, не в останню чергу, отриманого травматичного досвіду. Звідси, і це по-друге, соціальна реабілітація професійних контингентів сектору безпеки та оборони є формою і складовою частиною соціально-психологічного супроводу даних контингентів. Роль і місце соціальної реабілітації в системі такого супроводу і в контексті специфічних потреб реабілітантів складатиме окрему навчальну тему, а тому наразі констатуємо цілком окремий, спеціально спрямований з урахуванням всіх обставин і заходів, підхід у справі реабілітації працівників сил безпеки й оборони.

Основи даного підходу сформульовані в сучасних дослідженнях і в тих небагатьох, але, звичайно, дуже цінних працях, які опубліковано учасниками бойових дій. Прикладом такого досвіду є стаття *С.В. Базарного*, заступника командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення, начальника відділення морально-психологічного забезпечення (сміт Чорноморське, Одеська область). Автор наголошує передусім на значній і дедалі зростаючій важливості проблеми соціальної реабілітації військових. У нашому навчальному курсі ми наразі орієнтуємось на поняття соціальної реабілітації як *спеціальної технології медичної та соціальної практики*, яке розробляє автор-офіцер. В якості структурних компонентів технології з соціальної реабілітації військових виділяються: власно соціальна, фізична та медична, психологічна реабілітація, відновлення психологічного здоров'я

(зокрема робота з психоемоційними станами, психокорекція) та психотерапія.

Оскільки *rehabilis* (лат.) – це наразі відновлення здатності, валідності та гомеокінезу індивіда, у самому понятті відображена особлива роль у даному процесі, яку відіграють фізична та медична (зокрема лікувальна) технології реабілітації. Соціальна реабілітація як самостійна галузь охорони здоров'я в рамках сучасної медицини має реалізувати свої завдання на певному контингенті: хворі, травмовані, поранені військовослужбовці, а так само реконвалесценти (ті, хто одужує) після різних захворювань із тимчасовою втратою працездатності або її зниженням різного ступеня – це є первинний контингент. Щодо цієї категорії проводяться реабілітаційні заходи з корекції порушених параметрів гомеокінезу (гомеостатична терапія), підтримки рівня здоров'я людей, а також його відновлення – у тих військовослужбовців, які мають функціональні порушення і розлади, особливістю яких є оборотність. *Об'єктом дії тут є знижені резервні регуляторні можливості організму.*

Ті з службовців, хто страждає на хронічні захворювання або остаточно невилікувані наслідки травм і поранень зі стійкою втратою працездатності, а також військовослужбовці з тимчасовою інвалідизацією, при якій можлива позитивна динаміка відновлення порушених функцій, складають вторинний контингент. Соціальна реабілітація цих хворих військових із *незворотними морфологічними змінами* в тканинах і органах спрямована на відновлення обмеженої дієздатності, на компенсацію порушених функцій та на вторинну профілактику захворювань і їх ускладнень. Профілактика рецидивів має на увазі посилення компенсаторно-приспосувальних процесів, що відноситься до засобів адаптаційної терапії. Інвалідам – учасникам бойових дій із наслідками захворювань, травм і поранень із різним ступенем стійкої втрати працездатності (контингенту, який потребує постійної реабілітації), наразі призначається адаптаційна терапія.

До предмета соціальної реабілітації, як відмічалось, входить робота з психологічною сферою, у даному випадку це корекція психічного стану військовослужбовця (нормалізація психоемоційного статусу, лікування соматогенних порушень). Важливе значення має формування раціонального ставлення реабілітанта до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого військового до життєвої ситуації, яка змінилася внаслідок хвороби, вирішити питання подальшого проходження військової служби, визначити його професійні якості. Цей вид реабілітації передбачає відновлення теоретичних знань і практичних навичок за основним фахом військово-облікової спеціальності до рівня знань і навичок, необхідних для виконання на належному рівні завдань за призначенням за раніше набутою військовою спеціальністю, або навчання нової військової спеціальності відповідно до фізичних і психічних можливостей, а також повернення військовому економічної незалежності і соціальної повноцінності.

Слід розуміти важливість відновлення, а за неможливості – створення нового прийняттого для людини статусу в сім'ї та військовому колективі. Для службовців сил оборони та безпекової професійної сфери реабілітація – це не тільки багатовекторний процес відновлення здоров'я, але визначною у соціальному відношенні мірою процес реінтеграції у військове і соціальне життя, у робоче середовище, у спільну працю. Тож якщо профілактика захворювань є первинною, лікування – вторинною, то питома реабілітація (відновлення) виступає як «третинна профілактика».

### **3. Основна мета і задачі соціальної реабілітації службовців**

Соціальна реабілітація військовослужбовців – це комплекс державних, суспільних та військових заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції військовослужбовця з інвалідністю або будь-

якою психічною травмою в суспільство та військовий колектив, відновлення його соціального та військового статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності та подальшого проходження військової служби шляхом орієнтації в соціальному та військовому середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального та військового обслуговування.

Відповідно, **основною метою соціальної реабілітації** професійних контингентів сектору безпеки та оборони є соціальна реінтеграція службовця за посередництвом комплексу дій і заходів, що становлять її задачі, а саме:

1) Відновлення тих чи інших функцій організму та життєдіяльності, яке має бути за умов зворотної втрати таких функцій повним, а за незворотної – здійснюватись їх часткова, якомога більш значна компенсація. Інвалідність, отримана на військовій службі, при виконанні працівниками сфери безпеки дій за призначенням, є не тільки фізична, але також соціальна недостатність внаслідок обмеження життєдіяльності службовця, викликана порушенням здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги та обмеження у виконанні службових обов'язків. Відтак найважливіша задача соціальної реабілітації полягає в забезпеченні соціальної підтримки службовців осіб з інвалідністю і всемірному сприянні наданню їм **можливості виконувати їхні службові обов'язки з функціональними обмеженнями, що враховують стан їхнього здоров'я.**

2) Забезпечення соціального статусу військовослужбовця, представника сектору безпеки й оборони. **Соціальний статус** – це визначене положення військовослужбовця у військовому колективі або військового колективу в службових та особистих відносинах з іншими військовими колективами. Так само, соціальний статус представника сфери безпеки характеризується родом і характером його функціональних обов'язків в організації та у службовому колективі, а організації, колективу – з іншими такими організаціями. В якості задачі соціальної реабілітації забезпечення соціального статусу передбачає

реінтеграцію службовця у свій, або колектив подібний за призначенням, з урахуванням і за можливості відновленням характеру діяльності даного службовця в колективі в той період, який передував подіям, що обумовили потреби реабілітації.

3) Реінтеграція військовослужбовця, працівника сил безпеки у військове (службове, професійне) середовище. **Військове середовище**, аналогічно з ним службове, професійне середовище контингентів сектору безпеки та оборони – це поняття більш широке за колектив, що означає оточуючий зовнішній військовий світ. Відповідно, реінтеграція – процес, який вимагає повернення службовцю можливості дотримуватись норм, законів, правил, традицій, котрі впливають на військовослужбовців, працівників сфери безпеки та відповідно на військовий колектив або колектив, який виконує обов'язки з забезпечення безпеки. Справа стоїть тим більш принципово, що професійне середовище формує службовця і впливає на весь діапазон його особистісних проявів та якісних змін у його діяльності. Військове середовище і в цілому середовище діяльності фахівців сектору безпеки та оборони – це **система, що реалізує сукупність умов існування** службовця та військового (і, ширше, службового) колективу. Як відомо, людина – істота соціальна. У суспільній думці широко застосовується поняття соціального середовища. Слід відмітити, що сутність соціуму, яка інтегрує все багатство людських потреб і проявів, від вітальних до духовно-інтелектуальних, цілком притаманна соціальному середовищу. У кожної людини є соціальне середовище, яке поєднує економічні, політичні, духовні, культурно-історичні, мовно-комунікативні та територіальні умови, що впливають на становлення особистості. Особливо значимими для нього стають події суспільного життя і найближче оточення – соціальний фактор. В умовах воєнних дій посилюються стресогенні характеристики соціального середовища. Однак тим більш важливою для військовослужбовця, рятувальника, працівника силових структур, який зазнав психічної травми, є допомога від свого професійного оточення. Людині, яка потребує соціальної реабілітації, перш за все слід надавати увагу, співчуття, всіяку поміч. Слід наголосити,

що соціальний фактор повинен спрацьовувати на позитивні настрої людини, що має бути реабілітована; слід відволікати увагу травмованого військового або службовця сфери безпеки від зосередження на хворобливих відчуттях і уявленнях. У даному випадку роль помічників мають виконувати не тільки фахівці-медики, психологи та спеціалісти з соціальної роботи, але передусім товариші по службі та командири, – саме вони чинять найбільш значущий психосоціальний вплив на морально-психологічний стан, на психологічне та фізичне здоров'я службовця. Безумовно, неможливо переоцінити медичний, який є основою всіх інших, аспект реабілітації і роль медичних працівників у цьому складному процесі, але перш за все у цей період особлива увага має бути приділена підтриманню в підрозділах (військових частинах) здорового соціально-психологічного клімату. Слід розуміти, що соціальна реабілітація військовослужбовців та інших фахівців професійного контингенту сектора безпеки та оборони визначається насамперед таким факторами:

- характером взаємовідносин травмованого в колективі;
- наявністю передумов до суспільно корисної праці;
- особливостями поведінки в процесі службової діяльності;
- виразністю інтересів.

Вплив соціального фактора спрямований на коригування світогляду і ставлення до життя, активізацію соціальних ідеалів. Психосоціальний вплив здійснюється проведенням групової терапії, стимулюванням соціальної активності, зайнятістю суспільно значущими справами (роботою). Відчутно позначається на соціальній реабілітації постійний контакт службовця з його товаришами по службі, отримання листів, читання періодичних видань. Слід зазначити, що читання газет, журналів, прослуховування радіопередач надає людині відчуття повноцінної присутності в соціальному середовищі, проте не слід перевантажувати увагу реабілітанта звітками та новинами, які можуть у нього викликати надмірну психоемоційну напругу та стурбованість.

Вирішенню цих і інших завдань активно сприяє організаційно-виховна діяльність командирів.

## Рекомендована література

1. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
2. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX (rada.gov.ua)
3. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
4. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
5. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
6. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
7. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ // Спільнота EnableMe./ Форум підтримки та самодопомоги для людей з інвалідністю, хронічними захворюваннями та їхніх родичів. <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazhdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895>
8. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine // <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>
9. Тімченко О.В., Оніщенко Н.В. Установка на життя як фактор збереження фізичного та психічного здоров'я в умовах екзистенціальної загрози / О.В. Тімченко, Н.В. Оніщенко // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна № 981. Серія «Психологія». Випуск 47. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2011. – С. 173-177.
10. Justino P. (2022) The war in Ukraine: Civilian vulnerability, resilience, and resistance VoxEU.org 14 April. / <https://cepr.org/voxeu/columns/war-ukraine-civilian-vulnerability-resilience-and-resistance>
11. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry, 2010 Feb; 9 (1): 3-10. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x. PMID: 20148146; PMCID: PMC2816923.
12. Nazarov O.O. [Nazarov O.O.]. Psychologic traumatic features of professional fire-rescue units activities. Sciences of Europe (Praha, Czech Republic). VOL 3, No 13 (13) (2017) -P. 95-98.



13. Wade, Derick T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*. 2020 May;34(5):571-583. doi:10.1177/0269215520905112  
[.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/)

## ЛЕКЦІЯ 2.

### *Нормативно-правова база соціальної реабілітації*

#### План лекції

1. Основи нормативно-правової регуляції діяльності держави та суспільства в сфері соціальної реабілітації

2. Законодавство України з питань соціальної реабілітації. Нормативні документи та основні положення

3. Державна політика в сфері соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони

#### **1. Основи нормативно-правової регуляції діяльності держави та суспільства в сфері соціальної реабілітації**

В найбільш загальному розумінні правові засади діяльності держави та суспільства з соціальної реабілітації різних категорій осіб визначаються тими потребами, реаліями, суспільними запитами і різноманітними викликами, які створює життєдіяльність соціуму та, ширше, її глобальний контекст.

Реалії мирного часу характеризуються перебігом обставин, за яких переважну частину реабілітантів складають особи з інвалідністю, соціально вразливі, не захищені і малозабезпечені категорії населення. Рівень роботи з соціальної реабілітації й успішність діяльності держави з соціального захисту населення є прямим і безпосереднім відображенням її спроможності, дієвості інституцій і законів; зрештою, в них виявляється реальне буття держави та її розвиток, ступінь цивілізованості суспільства. Стан справ у сфері соціальної реабілітації певних контингентів і соціального захисту населення є практика, по суті, існування та функціонування держави як суб'єкта публічної влади і

соціально-правової відповідальності. Звідси та особлива увага, яку приділяє наша держава даним проблемам, і ступінь підтримки, яку вона надає людям у різних визначених законодавством формах та умовах.

***Соціальна реабілітація є одним з інституціональних утворень життєдіяльності держави.*** Нормативна база та правові основи визначають статус кожної особи або контингенту осіб, котрі потребують даних заходів і їм має бути надана цілеспрямована підтримка з боку державних органів і установ – соціальних, медичних, юридичних, і т. ін. Зі свого боку, працюючі, дієздатні громадяни в процесі суспільного виробництва створюють блага, які наповнюють бюджет і якими держава розпоряджається в інтересах, перш за все, працівників, і які вона використовує для підтримки малозабезпечених, незахищених, обмежених у певних можливостях категорій осіб.

На відміну від мирного часу, воєнні реалії диктують свої критерії – і щодо оцінки рівня небезпечності умов життя та праці громадян, і визначення тих контингентів, які потребують особливої уваги та допомоги. Крім питоми соціальної реабілітації, підтримка держави полягає в соціальному захисті. Ми можемо бачити з самого початку воєнних дій надання гуманітарної допомоги та, наприклад, заходи з евакуації вразливих груп населення; програми, фонди та ініціативи на підтримку різних категорій громадян, передусім таких, котрі постраждали внаслідок воєнних дій.

Соціальний захист населення являє більш загальну сферу діяльності і в цьому розумінні є базовим стосовно соціальної реабілітації.

За більш ніж півтора роки воєнного стану практично кожна українська сім'я, кожна особа зазнала різних небезпек. Людям активним, працюючим на благо інших, зайнятим своєю справою, легше справлятися із стресами, ніж тим, хто такої можливості не має. Скажімо, онлайн опитування службовців в сфері цивільного захисту свідчать про збереження професійної та морально-психологічної стійкості й готовності працювати у звичайному режимі. В той

же час, неминуче зростає чисельність осіб і контингентів, які потребують за своїм об'єктивним соціальним, матеріальним положенням, станом здоров'я і за суб'єктивно-психологічними показниками систематичної підтримки з боку суспільства та держави, в тому числі соціальної реабілітації. Через негативні, нерідко згубні для людської життєдіяльності фактори, які несе суспільству та кожній людині війна, провести чіткі градації щодо ступеня небезпечності цих ушкоджень і морально-психологічних незгод доволі важко. Тим не менше, ця діяльність ведеться, складаються систематичні знання, проводиться дослідна і зрештою практична робота з подолання наслідків травматичних факторів, у тому числі рятування та соціальної реабілітації людей. Чим більш реальними є такі знання, тим більш цілеспрямованими будуть дії держави та суспільства з відновлення його життєдіяльності в повоєнний час.

Дослідження, які висвітлюють картину потреб населення України щодо соціальної реабілітації, проводяться не лише вітчизняними, а й закордонними вченими й організаціями. З даних Національного демократичного інституту в США, 64 % українців відмітили погіршення стану психічного здоров'я, 55% - фізичного самопочуття, у 64% знизилась доходи. Майже половина жителів на території України повідомили про втрату рідних і друзів, а це дуже велика чисельність. Жінки частіше скаржились на розлуку з родиною, чоловіки – на втрату друзів та/або роботи. Звісно, в повоєнний період українська спільнота потребуватиме широких, по суті масових реабілітаційних заходів, ініціатив і допомоги щодо відновлення фізичних, психічних, психологічних функцій та спроможностей людей. Отже, якщо в мирний час поняття реабілітації означає систему заходів, передусім, медичної, в тому числі лікувальної, та соціальної реабілітації власно, які обіймаються системою соціальної реабілітації в більш загальному розумінні слова і стосуються низки категорій, чия дієздатність є обмеженою фізично і психічно – осіб з інвалідністю, соціально незахищених і матеріально неспроможних осіб, то у воєнний час, крім тих людей, котрі безпосередньо постраждали внаслідок бойових дій, незліченно зростає число тих, хто зазнав і зазнає загроз життю та здоров'ю, хронічних стресів та інших

небезпеки. Держава та суспільство постають перед необхідністю оновлення та розширення нормативно-правової бази соціальної реабілітації. Багато людей, які повернулись і повертаються з фронтів війни, потребують допомоги, уваги з боку державних інстанцій та кваліфікованих спеціалістів-реабілітологів. По суті, дана освітньо-професійна програма є відповіддю на існуючі виклики. На сьогоднішній день на території України діють численні волонтерські групи й організації, онлайн-портали, товариства на підтримку військовослужбовців, які потребують соціальної реабілітації, соціально-психологічного супроводу. Іде напружена робота з систематизації такої допомоги на державному рівні, з створення умов та оновлення нормативної бази даної сфери діяльності.

## **2. Законодавство України з питань соціальної реабілітації. Нормативні документи та основні положення**

Протягом усього періоду розбудови незалежної України створювалася правова та законодавча база соціальної реабілітації певних категорій осіб, яка в основному є чинною на сьогоднішній день. Перш ніж розібрати нормативні документи, які регламентують даний процес, варто з'ясувати, хто має право на реабілітацію, протягом якого часу, та які організації проводять її згідно з діючим законодавством.

Визначення права на реабілітацію. На реабілітацію мають право особи, застраховані за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, і члени їх сімей (діти), які перебувають на стаціонарному лікуванні після перенесених захворювань і травм.

Термін лікування в реабілітаційному відділенні, який є необхідним для відновлення здоров'я та працездатності особи відповідно до профілю лікування і особливостей перебігу хвороби, визначається лікуючим лікарем та ЛКК, але не більше 24 днів. Фізична реабілітація військовослужбовців

після поранень потребує тривалого часу, який може тривати від 1-2 до 5-6 місяців і більше.

Реабілітаційні заходи військовослужбовців Збройних Сил України проводяться в закладах охорони здоров'я та в системі Міністерства оборони України, а також в установах та закладах інших відомств (за згодою) або в межах Меморандумів про співпрацю. Більшість реабілітаційних центрів для військових створено на базі шпиталів та лікарень у Львові, Луцьку, Києві, Черкасах, Миколаєві та інших містах України.

Кожен працюючий українець має право на проходження реабілітації в санаторно-курортних закладах. Ветерани мають право на реабілітацію після проходження лікування у шпиталі та повинні оформити документи учасника бойових дій.

Уряд розробляє спеціальні програми з підтримки військовослужбовців, щоб допомогти їм повернутися до громадянського життя, вливатися та жити у суспільстві, зокрема тих, хто не воював. Зараз вже відкрито багато груп і центрів безкоштовної соціальної реабілітації. Працюючи у групі, службовці налагоджують соціальні навички, здорову комунікацію і контакти, долають неконструктивну фіксацію у своєму стані.

Нормативна база соціальної реабілітації постійно розвивається згідно з умовами сьогодення. У **Законі України про боротьбу з тероризмом** (видано 2003 року, остання редакція 28 квітня 2023 року) в розділах IV та V, статті 19, 20 та 21, встановлено порядок відшкодування шкоди, заподіяної терористичним актом, а також соціальної реабілітації осіб, які постраждали від тероризму. Зокрема, стаття 19 в останній редакції Закону [№ 2997-IX від 21.03.2023](#) гласить: «Відшкодування шкоди, заподіяної фізичним особам терористичним актом, провадиться за рахунок коштів Державного бюджету України в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, і з наступним стягненням суми цього відшкодування з осіб, якими заподіяно шкоду». Стаття 20 регламентує соціальну реабілітацію постраждалих у такий спосіб:

«Соціальна реабілітація осіб, які постраждали від терористичного акту, провадиться з метою повернення їх до нормального життя. Зазначеним особам надається у разі необхідності психологічна, медична, професійна реабілітація, правова допомога і житло та здійснюється їх працевлаштування.

Соціальна реабілітація осіб, які постраждали від терористичного акту, а також осіб, зазначених у статті 21 цього Закону, провадиться за рахунок коштів Державного бюджету України.

Порядок проведення соціальної реабілітації осіб, які постраждали від терористичного акту, визначається Кабінетом Міністрів України».

**Постанова КМ України № 982 від 28 липня 2004 року**, посилення на яку міститься в статті 20 зазначеного Закону, включає наступні положення. *Соціальна реабілітація включає заходи психологічної, медичної та професійної реабілітації, працевлаштування, подання правової допомоги та надання житла, які покладаються на місцеві органи виконавчої влади.*

У разі вчинення терористичного акту вони: вживають заходів з урахуванням характеру акту та його наслідків, виявлення та обліку постраждалих осіб, визначення видів соціальної реабілітації та її обсягів, тимчасового розміщення таких осіб; створюють для них належні побутові умови, організовують харчування, забезпечення одягом і медикаментами; утворюють регіональні комісії (ради) з соціальної реабілітації постраждалих осіб, визначають обсяг фінансування заходів із соціальної реабілітації постраждалих осіб. На підставі рішення регіональної комісії (ради) постраждалій особі видається довідка, в якій зазначаються види соціальної реабілітації, якої потребує ця особа. Психологічна, а також медична реабілітація, що включає амбулаторно-поліклінічне, спеціалізоване медичне та санаторно-курортне лікування, проводиться у закладах охорони здоров'я, перелік яких визначається регіональною комісією (радою). *Психологічна допомога постраждалим особам з числа студентів, слухачів або учнів навчальних закладів може надаватися цими закладами за наявності*

відповідної матеріальної бази і фахівців. Заходи щодо забезпечення захисту дітей, які залишилися без піклування батьків, здійснюються органами опіки та піклування. **Професійна** реабілітація постраждалих осіб включає заходи з професійної підготовки та перепідготовки, сприяння в працевлаштуванні, що здійснюються державною службою зайнятості. Організація надання правової допомоги постраждалим особам здійснюється місцевими органами виконавчої влади, як правило, із залученням юридичних служб цих органів та територіальних органів Міністерства юстиції. Постраждалі особи, **житло яких** в результаті терористичного акту **пошкоджено або знищено, для тимчасового проживання забезпечуються житлом** з фондів місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій. **Надання зазначеним особам житла для постійного проживання здійснюється місцевими органами виконавчої влади.** Для проведення заходів з соціальної реабілітації постраждалих осіб місцеві органи виконавчої влади можуть залучати в установленому порядку від підприємств, установ та організацій і громадян кошти, одяг, продукти харчування та інші предмети першої необхідності. **Фінансування** заходів з соціальної реабілітації постраждалих осіб здійснюється в установленому Мінпраці за погодженням з Мінфіном порядку за рахунок коштів державного бюджету у межах загального розміру шкоди, заподіяної терористичним актом, що визначається відповідною регіональною комісією (радою).

Стаття 21 Закону України Про боротьбу з тероризмом ( Розділ V ПРАВОВИЙ І СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ОСІБ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У БОРОТЬБІ З ТЕРОРИЗМОМ) визначає осіб, які підлягають правовому і соціальному захисту. «Особи, які беруть участь у боротьбі з тероризмом, перебувають під захистом держави. Правовому і соціальному захисту підлягають:

- 1) військовослужбовці, працівники і службовці центральних та місцевих органів виконавчої влади, які беруть (брали) безпосередню участь в антитерористичних операціях;



2) особи, які на постійній чи тимчасовій основі сприяють органам, що здійснюють боротьбу з тероризмом, у запобіганні, виявленні, припиненні терористичної діяльності та мінімізації її наслідків;

3) члени сімей осіб, зазначених у пунктах 1 і 2 цієї частини, якщо потреба в забезпеченні їх захисту викликана участю зазначених осіб у боротьбі з тероризмом».

В разі загибелі особи, яка брала участь у боротьбі з тероризмом, під час проведення дій за призначенням членам її сім'ї та особам, що перебували на її утриманні, виплачується за рахунок коштів Державного бюджету України одноразова допомога в розмірі двадцяти прожиткових мінімумів, відшкодовуються витрати на поховання загиблого, призначається пенсія у зв'язку з втратою годувальника, а також зберігаються пільги, які мав загиблий, на отримання житла, оплату житлово-комунальних послуг тощо.

Що стосується *питомо соціальної реабілітації*, в Статті 21 зазначено: «У разі, коли особа, яка брала участь у боротьбі з тероризмом, стала особою з інвалідністю внаслідок каліцтва, ... цій особі за рахунок коштів Державного бюджету України виплачується одноразова допомога в розмірі десяти прожиткових мінімумів і призначається пенсія відповідно до законодавства України. {Частина четверта статті 21 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2581-VIII від 02.10.2018}. У разі, коли особа, яка брала участь у боротьбі з тероризмом, ... зазнала поранення, яке не потягло за собою настання інвалідності, цій особі виплачується одноразова допомога в розмірі п'яти прожиткових мінімумів. У разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, призваних на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві, працівників поліції під час безпосередньої участі в антитерористичній операції одноразова грошова допомога призначається і виплачується у розмірі та порядку, визначених законами України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх

сімей" та "Про Національну поліцію" {Статтю 21 доповнено частиною шостою згідно із Законом № 2004-VIII від 06.04.2017}}».

Оновлення змісту Закону про боротьбу з тероризмом обумовлене тим, що його дія поширюється на заходи держави стосовно учасників АТО і включає сучасні правові реалії, так як Україна вважає РФ за державу-терориста, веде активну боротьбу за визнання цього міжнародною спільнотою та розглядає дії російських військових як терористичні.

**Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»** (з останніми змінами в Законі № 2980-IX від 20.03.2023) значною мірою має стосунок до осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, і визначає численні положення щодо соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони. Зокрема, **Стаття 4** «Сфера дії Закону» містить таке формулювання: «Дія цього Закону поширюється на... військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних, добровольців Сил територіальної оборони) Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовців військових прокуратур, осіб рядового та начальницького складу підрозділів оперативного забезпечення зон проведення антитерористичної операції центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну податкову політику, державну політику у сфері державної митної справи, поліцейських, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Державної пенітенціарної служби України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, осіб, які входили до складу добровольчого формування територіальної громади, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, перебуваючи

безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції у період її проведення, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, перебуваючи безпосередньо в районах та у період її проведення, у забезпеченні здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, а також мирних громадян, які проживали в районах проведення антитерористичної операції, у районах здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, за умови, якщо такими особами не вчинено кримінальних правопорушень, в частині забезпечення їх медичними виробами, допоміжними засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації, санаторно-курортним оздоровленням на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від встановлення їм інвалідності;

{Статтю 4 доповнено новим абзацом згідно із Законом № 1609-VII від 23.07.2014; із змінами, внесеними згідно із Законом № 766-VIII від 10.11.2015; в редакції Закону № 2462-VIII від 19.06.2018; із змінами, внесеними згідно із Законом № 2153-IX від 24.03.2022 }

осіб, які у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях під час служби, трудової та іншої діяльності, проживання на відповідній території отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, перебуваючи безпосередньо в районах проведення воєнних (бойових) дій та у період здійснення воєнних (бойових) дій або в районах, що піддавалися бомбардуванням, авіаударам та іншим збройним нападам, у частині забезпечення їх допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами, реабілітаційними послугами на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від встановлення їм інвалідності, у тому числі за кордоном, у порядку та на умовах, визначених Кабінетом Міністрів України».

### **3. Державна політика в сфері соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони**

Службовці сектору безпеки та оборони мають право на весь спектр реабілітаційних послуг. Слід відмітити, що на сьогоднішній день ставлення суспільства до військових і рятувальників є дієвим фактором реабілітаційних ініціатив, волонтерської діяльності, різних форм допомоги військовослужбовцям, знаходить підтримку в широких колах громадськості. Не тільки вповноважені особи й організації, але й пересічні люди приймають до серця проблеми допомоги тим, які воюють або воювали і в ході бойових дій зазнали загроз життю і здоров'ю, дії грандіозних стресів війни.

У суспільстві діють потужні фактори організації допомоги військовим і рятувальникам, яка виливається в діяльність різноманітних груп і товариств. Але в основі всієї багатовекторної роботи з соціальної реабілітації службовців, звісно, лежить ставлення держави і ті заходи, яких уживають її організації та установи у цій справі. Оскільки на службовців сектору безпеки та оборони з наслідками бойових травм або поранень, що призвели до інвалідизації,

поширюється дія **Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»**, буде доречно навести зміст *Статті 5* як стосовної даної категорії громадян: «Реалізація державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю.

Державна політика України у сфері реабілітації осіб з інвалідністю:

забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність допоміжних засобів реабілітації і медичних виробів, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю;

регламентує правові, економічні, соціальні умови надання особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у медичних výroбах, допоміжних засобах реабілітації;

гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації;

визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, сприяння виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій осіб з інвалідністю;

забезпечує реабілітаційним закладам незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу і форми власності рівні умови для здійснення реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю;

формулює вимоги до об'єктів соціальної інфраструктури та інформації для створення безперешкодного доступу до них осіб з інвалідністю шляхом усунення природних, комунікаційних і архітектурних перешкод;

сприяє участі громадських організацій, у тому числі громадських організацій осіб з інвалідністю, у формуванні і реалізації державної політики у цій сфері.

Реалізація державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві з громадськими об'єднаннями осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, осіб з інвалідністю, фахівців з реабілітації, медичних працівників, уповноваженими органами професійного самоврядування забезпечують розроблення і виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, для відновлення або компенсації функціональних порушень шляхом реабілітації у сфері охорони здоров'я, психолого-педагогічної, психологічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

{Частина друга статті 5 в редакції Закону № 1053-IX від 03.12.2020 - вводить в дію з 30.06.2021 }

**Закон** також установлює суб'єктів соціальної реабілітації осіб, на яких поширюється його дія:

**Стаття 6.** Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю

Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю покладається на центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, які в межах своїх повноважень здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації осіб з інвалідністю, аналітично-прогнозу діяльність, визначають тенденції розвитку і вплив демографічної, соціально-економічної, екологічної ситуації, інфраструктури виробничої та невиробничої сфер, ринку праці на стан інвалідності населення, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації осіб з інвалідністю, стратегічні напрями її розвитку, узагальнюють світовий і вітчизняний досвід у цій сфері.

Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю у межах своєї компетенції здійснюють центральні органи виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах соціального захисту

населення, охорони здоров'я, освіти, культури, фізичної культури і спорту, будівництва та архітектури, інші центральні органи виконавчої влади, які у межах своїх повноважень займаються формуванням і (чи) реалізацією державної політики у сфері соціального захисту населення та/або здійснюють заходи з реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

{Частина друга статті 6 в редакції Закону № 5462-VI від 16.10.2012; із змінами, внесеними згідно із Законом № 341-IX від 05.12.2019}

Центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень координують діяльність місцевих органів виконавчої влади у здійсненні реабілітаційних заходів, організують розробку та виконання цільових державних програм, запроваджують правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних закладів і забезпечують розвиток їх мережі, сприяють міжнародному співробітництву».

Верховна Рада України прийняла 3 грудня 2020 року **Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я»**, який конкретно регламентує дії медичних закладів. До змісту Закону повернемось у наступних лекціях. У даному контексті важливо, що медична (в тому числі лікувальна) допомога є фундаментом будь-яких інших засобів і процедур соціальної реабілітації; і, більш за це, поняття соціальної реабілітації передусім передбачає діяльність з відновлення здоров'я людей як основної умови їх повернення до нормальної праці та життєдіяльності.

Такими є засадні положення українського законодавства з соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони. Формою їх практичної реалізації виступають заходи державних установ та програм, діяльність фондів та ініціативних груп.

Згідно пункту 19 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особи рядового,

начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах антитерористичної операції, а також працівники підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районах її проведення у порядку, встановленому законодавством визнаються учасниками бойових дій.

Згідно з інформацією на **офіційному сайті Міністерства оборони України**,

Звільнені з полону українські військовослужбовці проходять лікування та реабілітацію у державних медичних закладах під наглядом фахівців високого рівня й безкоштовно отримують повний спектр необхідних медичних послуг. Всі їхні потреби фінансуються державою у повному обсязі. Про це, повідомила заступниця Міністра оборони України Ганна Маляр.

За її словами, протокол надання медичної допомоги та реабілітації військовим, які повернулися з полону, відпрацьований на належному рівні.

– Після повернення, наші Герої одразу проходять комплексну медичну діагностику, до цього залучаються висококваліфіковані фахівці та використовується найсучасніше обладнання. Ті захисники, котрі знаходяться у важкому стані й потребують оперативних втручань, направляються до військово-медичних та цивільних лікувальних закладів відповідно до профілю їх захворювання чи поранення. Воїни, які мають задовільний стан здоров'я, скеровуються до державного лікувально-реабілітаційного центру для обстеження фахівцями військово-лікарської комісії. Увесь цикл лікування на всіх етапах надання допомоги фінансується у повному обсязі державою. Всі операції, медичні маніпуляції та ліки надаються безоплатно.



Це так само стосується і українських воїнів, які отримали поранення на передовій та евакуйовані до медичних закладів із лінії фронту, – розповіла Ганна Маляр.

Заступниця Міністра оборони України наголосила, що для кожного воїна передбачена індивідуальна програма лікування, яка визначає терміни та умови перебування на лікуванні і реабілітації. Це залежить від отриманих травм й поранень. Так, приміром, тривалим є лікування захисників, які потребують протезування.

– Протезування здійснюється також за рахунок держави. У Західному та Центральному регіонах є центри, які забезпечуються протезними матеріалами з Європи. Україна має чудових і фахових реабілітологів та ортопедів, які виконують первинне та кінцеве протезування. Крім цього, подальший супровід тих, хто отримав протези, проводиться в Україні. В окремих випадках поранені воїни із дуже важкими травмами скеровуються на лікування за кордон, – зазначила Ганна Маляр.

Вона звернула увагу, що, закордонні медичні заклади, у разі офіційного направлення державою на лікування нашого військовослужбовця, проводять лікування (реабілітацію, протезування) також безоплатно.

У березні поточного року на Офіційному вебпорталі Парламенту України опубліковані положення, що стосуються планів держави з розробки індивідуальної програми адаптації військовослужбовців при їх поверненні до цивільного життя після мобілізації. Відповідно до напрацьованої Архітектури поствоєнної адаптації військовослужбовців/демобілізованих в цивільне життя, **при Кабінеті Міністрів України планується створення Ветеранської патронатної служби, яка забезпечить *маршрутизацію соціального супроводу*** ветерана після демобілізації. Про це у своєму [інтерв'ю](#) розповіла Голова Комітету Верховної Ради України Галина Третякова. За її словами, основними функціями Ветеранської патронатної служби мають стати: супровід демобілізованого в процесі інтеграції в мирне життя та координація всіх дотичних до процесу реалізації Стратегії переходу

від військової служби до цивільного життя міністерств. «Ми мусимо фінансувати таку Службу як один з пріоритетних напрямків соціальної політики». Завдання ветеранського Патрона - працівника Ветеранської патронатної служби - розробити та контролювати виконання індивідуальної програми адаптації кожного демобілізованого військового в цивільне життя. Цей процес передбачає виявлення потреб Захисника або Захисниці у всіх сферах життя після демобілізації, а також подальший супровід на шляху їх вирішення. При цьому, якщо такими патронами будуть інтегровані в мирне життя колишні військовослужбовці, спрацює принцип «рівний-рівному». Це сприятиме довірі ветерана до Служби. «Я вважаю, що робота Ветеранської патронатної служби має будуватися на принципах роботи хабів, які зустрічали внутрішньо переміщених осіб, наприклад, у Польщі чи Німеччині, а також на принципах роботи наших ЦНАПів, що мають досвід розробки ефективних методичних рекомендацій щодо організації роботи/спілкування з людьми, які звертаються за послугою», - зазначила Голова Комітету. Працівники, що найматимуться до цієї Служби, як і усі державні службовці (які надаватимуть послуги демобілізованим військовим) повинні забезпечити високий рівень надання послуг та спілкування. Для цього, зокрема, вони мають пройти тренінги щодо взаємодії з людьми, які пережили ситуації фізичних та психологічних травм, мають високий рівень психологічного напруження, пов'язаного з війною; вміти деескалювати напруження та вирішувати конфлікт через розуміння та емпатію; здобути навички медіації.

Особлива увага має приділятися тим Захисникам та Захисницям, які перебуватимуть після демобілізації в складних життєвих обставинах. Наприклад, тим з них, хто матиме інвалідність внаслідок війни та не матиме родини та житла. Над невідкладним вирішенням питань таких громадян мають концентруватися Кабінет Міністрів України і органи місцевого самоврядування.

Щодо житла Верховна Рада України та Уряд мають створити систему надання соціального житла як проміжного, організувати прозорі черги на

власне житло ветерана, сприяти розвитку ринку орендованого житла, запропонувати та забезпечити іпотечні програми.

Варто зазначити, що 23 лютого 2023 року Верховна Рада України прийняла Закон України «Про компенсацію за пошкодження та знищення окремих категорій об'єктів нерухомого майна внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених збройною агресією Російської Федерації проти України, та Державний реєстр майна, пошкодженого та знищеного внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених збройною агресією Російської Федерації проти України» (законопроект за реєстр. № 7198). Цей Закон передбачає компенсацію за пошкодження та знищення окремих категорій об'єктів нерухомого майна внаслідок збройної агресії росії проти нашої держави, а також створення та ведення Державного реєстру пошкодженого та знищеного такого майна.

Існує велика проблема з позиттєвими пільгами учасників бойових дій, які у свій час передбачили політики в чинному законодавстві без урахування спроможності Державного бюджету. Низка цих пільг не працює. Навіть у мирний час таку кількість пільг бюджет держави компенсувати не може. Система підтримки ветеранів з використанням коштів Державного бюджету потребує трансформації та актуалізації відповідно до потреб ветерана. Зокрема, концепція пропонує існуючі в законодавстві пільги для учасників бойових дій перевести у 2-3 річну грошову стипендію/доплату до основного доходу. Водночас доцільним є опитування самих військовослужбовців, що саме в першу чергу вони потребують після демобілізації, яку підтримку та сервіс очікують. Непрацюючі пільги треба замінити на те, що потрібно громадянам після демобілізації. Це об'єктивно житло, державна фінансова підтримка на період адаптації до мирного життя, реабілітація, відпустка (на яку в бюджеті також мають бути передбачені кошти), сприяння держави в досягненні захисниками економічної незалежності. Всі ці процеси потребують патронату з боку держави (Ветеранська патронатна служба) у

тісній співпраці з представниками фронт-офісів держави (ЦНАПи, Пенсійний фонд, УСЗНи, органи місцевого самоврядування тощо). Щодо оплачуваної відпустки, після демобілізації військовослужбовець має мати щонайменше 2-3 місяці для того, щоб адаптуватися у цивільне життя, і отримувати дохід за рахунок держави на рівні середнього розміру грошового забезпечення під час служби. Цей час потрібен демобілізованому Захиснику чи Захисниці, щоб, зокрема, прийти до територіального центру комплектації та соціальної підтримки для здійснення бюрократичних процедур, завітати до роботодавця, який зберігав за воїном робоче місце, навідатися до Ветеранської патронатної служби, побути з родиною, яка довго чекала, вирішити побутові справи, можливо, зайнятися громадськими справами, здобути додаткову чи часткову кваліфікацію, спланувати сімейну економіку. Для цього, на мій погляд, потрібні ці 2 місяці.

Якщо говорити про медичні послуги для демобілізованих, то особливо важливими для них є, зокрема, протезування та реабілітація. Також вкрай необхідним є ранній скринінг ПТСР. Іноземний досвід свідчить, що такий скринінг має проводитися ще до повернення військових до рідних домівок. З офіційних джерел відомо, що МОЗ працює над цими питаннями. Тим, хто потребує, надається медична допомога, допоміжні засоби реабілітації. Все це надаватиметься безкоштовно.

Що стосується раннього скринінгу ПТСР, то це питання має бути опрацьовано системно. Фахівці вважають, що психологічний скринінг має проводитися декілька разів. Потрібно передбачити можливість проходження тесту-опитувальника на наявність ПТСР на різних етапах взаємодії з демобілізованими військовими. Наприклад, при прийомі на роботу, взаємодії з Ветеранською патронатною службою чи лікарем первинної допомоги. Мають бути інструкції щодо подальших дій, якщо при проходженні такого тексту наявні маркери ПТСР. Робота з ПТСР – це робота всього суспільства. Існує думка спеціалістів, що скринінг ПТСР має відбуватися при мобілізації

громадянина. Збройні Сили враховують стан здоров'я людини безпосередньо на вступі до військової служби. Медичні огляди мають проводитися продовж всієї служби. За інформацією, яку надала Г. Третякова, наразі модернізацію проходять ВЛК та МСЕКи. Основою цієї модернізації мають бути лікарі, які знають, що таке Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що таке індивідуальна програма реабілітації.

При демобілізації знов потрібен медичний огляд військовослужбовця, в тому числі і психологічний скринінг. Після цього лікарі повинні порівняти стан здоров'я Захисника чи Захисниці на початку служби та по її завершенню, та створити Індивідуальну програму реабілітації для кожної людини. Цим питанням займається МОЗ. Не швидко, але ефективно.

У Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» можна відмітити відхід від поняття санаторно-курортного лікування і перехід до закупівлі реабілітаційних послуг через Національну службу здоров'я України для їх подальшого безоплатного надання населенню країни за рекомендацією лікаря. Для цього МОЗ зробив майже в кожному протоколі надання медичної допомоги за певною нозологією, зокрема, що стосується нещасних випадків з людьми (в тому числі контузій, поранень, втрати будь-якого функціоналу, зокрема, кінцівки, зору) реабілітаційний блок. З закупівлею лікування тієї чи іншої нозології відбувається також закупівля реабілітаційного процесу. Окремо створено протокол лікування ПТСР, який отримав знак якості ВООЗ.

У керівних установах держави, що створюють програми соціальної реабілітації військовослужбовців, розглядається питання про співвіднесення індивідуальних планів реабілітації з організацією робочого місця для людини з інвалідністю. Це питання регламентує законопроект «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення прав осіб з інвалідністю на працю» за реєстр. № 5344-д, який є частиною адаптації військовослужбовця до мирного життя. Цей законопроект передбачає переобладнання робочого місця людини з інвалідністю відповідно до її потреб і втраченого

функціоналу за рахунок коштів Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю. Відповідні накопичення Фонду будуть формуватися за рахунок сплачених роботодавцями цільових внесків на підтримку працевлаштування людей з інвалідністю. Ці кошти витрачатимуться виключно на організацію «розумних» місць для людей з інвалідністю.

Впровадження даного закону зустрічає певні труднощі, наприклад ідеї розширити напрямки використання коштів, передбачених для організації робочих місць, на культурно-масові та фізкультурно-оздоровчі заходи, повернути санаторно-курортне лікування. Але перемагає прагнення йти до європейських стандартів, зробити «розумні» робочі місця для людей з інвалідністю, які гідні того, щоб бути економічно незалежними.

### Рекомендована література

14. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
15. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX ([rada.gov.ua](http://rada.gov.ua))
16. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
17. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
18. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
19. Лебедева С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Похілько Д.С., Тімченко О.В., Христенко В.Є. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / - Харків: ФОП Панов А.М., 2019. -176 с.
20. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.

## ЛЕКЦІЯ 3

### *Структура соціальної реабілітації службовців підрозділів безпеки та оборони*

#### План лекції

1. Основні принципи соціально-реабілітаційної технології
2. Особливості та потреби щодо реінтеграції працівників сектору безпеки та оборони
3. Аналіз практичної складової соціальної реабілітації

#### ***1. Основні принципи соціально-реабілітаційної технології***

Соціальна реабілітація належить до розряду ***соціальних технологій***, призначених для оптимізації участі індивіда в житті суспільства. Як відомо, соціальні технології, як і технологізація комунікативних процесів загалом, широко застосовуються в процесі ***суспільного виробництва***. Як правило соціальні технології працюють з індивідами повністю спроможними. Зокрема політична, соціально-ігрова, інформаційно-психологічні технології прагнуть змінювати соціально-психологічний клімат і умонастрої в соціумі. Такі технології застосовуються до психічно здорових, дієдатних і фізично спроможних індивідів для забезпечення життєдіяльності суспільства та держави, в періоди виборчих кампаній, воєнного часу, зокрема мобілізації на військову службу, та ін., реалізують політичну та інші види ідеологій, проваджуваних суб'єктами публічної влади. *Особливостями реабілітаційної соціальної технології* є орієнтація на контингенти, які мають відновні або невідновні порушення стану здоров'я, та терапевтичні заходи із подальшою експертною оцінкою гомеокінезу, гомеостазу, його компенсацією і/або нормалізацією. Соціальна реабілітаційна технологія – це пошук і реалізація засобів ***повернення*** людині всіх таких якостей, що забезпечують їх повноту її

участі в суспільному житті. Потреба в ній є абсолютною, тому що будь-які потреби людини, від вітальних до високодуховних, несуть стан соціальності й соціальної інтеграції суб'єкта.

Процес *суспільного виробництва* включає вироблення матеріальних благ, суспільних зносин і їх суб'єктів за посередництвом реалізації здатності до праці й обміну здатностями до праці. В такому обміні полягає сутність соціальних відносин. Участь у процесі суспільного виробництва доступна спроможній особистості і передбачає залучення нових генерацій, соціалізація яких забезпечує їх професійні та інші трудові якості.

Соціалізація – процес освоєння індивідом соціального досвіду, в якому відбувається його становлення як особистості і відтак учасника суспільного виробництва, суб'єкта. Маючи необхідні здатності до праці, суб'єкт реалізує свою здатність до інтеграції в соціум. В глобальному світі у термін інтеграція нерідко вкладають смисл входження суб'єкта в систему, можливо, нових для нього вимог та принципів життя суспільства. Результатом його є *визнання* з боку суспільства такого суб'єкта в якості учасника соціальних відносин, яке виражається в прийнятті його на роботу, статусі податкового резидента та ін.

*Соціальна реінтеграція* особистості, яка належить до першочергових комплексних задач реабілітації, вочевидь відрізняється від обох процесів, що характеризуються набуттям потрібних для участі в суспільному виробництві якостей. Соціальна реінтеграція так само потребує участі з боку суспільства, його допомоги та постійної присутності в реальності індивіда. Але її перевага і водночас трудність визначаються тим, що людина вже мала спроможність як учасник життєдіяльності соціуму – і частково чи повністю втратила її. Що стосується переваги, реабілітант нерідко і сам орієнтується на надолуження втраченого. Не випадково у склад технологій реабілітації входять прийоми та техніки самопомоги. Хоча, звісно, це стосується людей без таких наслідків травматичного досвіду, який заважав би самопомозі. Що ж до труднощів, то наразі втрата нормальних функцій, що забезпечували життєдіяльність осіб



як учасників соціальних відносин, обертається драматичним переживанням й утрудненням дати собі якусь раду. Всі уміння, навички, весь обсяг досвіду, що він складав нормальне життя людини, видається марним; і тому почуття безпорадності, викликане фізичним станом, тільки посилюється психічними станами, сповненими негативних емоцій і спогадів.

Слід розуміти, що поняття реінтеграції є особливо значимим у вивченні специфіки соціальної реабілітації професійних контингентів сектору безпеки та оборони в системі їх соціально-психологічного супроводу. Адже тільки до тих осіб, наприклад, з інвалідністю, з наслідками травм того чи іншого роду (на відміну від усіх інших категорій осіб із тими чи іншими вадами здоров'я, що підлягають реабілітації) це поняття застосовне повною мірою. Держава та суспільство в лиці відповідних установ і організацій докладають зусиль до відновлення повної професійної спроможності цих категорій службовців – їхньої боездатності, фізичної та психологічної витривалості, надійності та ін. У зв'язку з цим приділимо поняттю реінтеграції професійних контингентів сектору безпеки оборони окремої уваги, розгляд цього процесу складе друге питання даної навчальної теми.

Інтереси держави, захист і порятунок людей вимагають від військових і рятувальників професійно важливих якостей, без яких неможливо продовжувати бойові та інші дії за призначенням, тоді як соціальна реабілітація, наприклад, дітей і підлітків з інвалідністю, або постраждалого від наслідків бойових дій мирного населення не вимагає від реабілітантів настільки високого рівня їх соціальної активності в екстремальних умовах та напруження усіх моральних і фізичних ресурсів.

Отже, нарівні з безумовною потребою всіх людей, яким необхідна реабілітація, у надолуженні їхнього фізичного і психологічного здоров'я, для військових, рятувальників, усіх службовців сил безпеки та оборони відновлення професійно важливих якостей виявляється невід'ємною частиною соціально-реабілітаційної технології і одним із визначників її специфіки. Слід мати на

увазі, що значимість соціального та психологічного аспектів реабілітації цих контингентів входить у систему їх соціально-психологічного супроводу і є не менш важливою, ніж фізичне відновлення їхніх сил і спроможностей. По-перше, соціальний аспект реабілітації передбачає опору на емоційно-вольові якості. Формування емоційно-вольової сфери особистості є справою соціуму – так як досвід емоційно-вольового ставлення до себе і до дійсності стає в загальновідомому розумінні компонентом соціального досвіду, засвоюваного особистістю у процесі становлення. По-друге, надзвичайно важливим є вплив оточення, в якому перебуває службовець. Фахівці відмічають терапевтичний характер такого впливу, якщо він є позитивним і правильно організований.

В сучасній науковій літературі нерідко наголошується роль середовища в підвищенні фізичної та психічної спроможності індивіда, його повернення до професійного колективу і нормальної діяльності. Слід розуміти, що спосіб наукової розробки технологій реабілітації умовно виокремлює соціальний вплив на особистість реабілітанта. Ані медичні, ні спеціальні індивідуально-психологічні (корекційні та ін.) заходи не випускаються з поля зору, однак у центрі уваги опиняється достатньо багатоплановий соціальний аспект цього процесу – починаючи від ролі оточення і закінчуючи спеціальними техніками впливу. На основі надання значної ролі соціальній технології реабілітації в новітній, зокрема закордонній, реабілітології виник підхід, який спеціально підіймає *соціальну підтримку*.

Актуальні західні практики соціальної реабілітації включають широкий спектр послуг: соціальні оцінки і терапія, консультування та коучинг, освіта, професійне навчання, покращення комунікації, рекреаційна діяльність.

Що таке соціальна підтримка в реабілітації?

Соціальна підтримка має мережу відносин, таких як сім'я, друзі та інші однолітки, які згуртовано сприяють позитивному добробуту людини. Ми всі

звертаємося до наших соціальних систем підтримки в часи необхідності, щоб допомогти впоратися з почуттями емоційного стресу.

Типологія соціальної підтримки визначається через систему категорій соціальної підтримки. Зокрема, виділяють п'ять загальних категорій, а саме: (a) інформаційна, (b) емоційна, (c) повага, (d) підтримка соціальної мережі та (e) відчутна підтримка.

Кожна особистість розвиває і застосовує системи підтримки в своєму повсякденному житті, щоб збалансувати і управляти стресом і підтримувати почуття благополуччя. Абсолютно важливо, щоб люди, які займаються або мають намір зробити соціальну підтримку професійною справою, теж *мали і використовували систему підтримки*. Легко зрозуміти, що людина, яка її не має і компенсує свої внутрішні негаразди, намагаючись «допомогти» тим, кому наче «ще гірше», принесе свої проблеми у спілкування і не допоможе ні собі, ані іншому.

Особи, установи та організації, з якими соціальний працівник має контакт прямо або опосередковано, разом утворюють систему соціальної підтримки людини. Соціальна підтримка може надаватися у вигляді:

- Фізична або практична допомога (наприклад, транспорт, допомога в роботі)
- Обмін ресурсами та інформацією (тобто інформацією про ресурси спільноти)
- Емоційна та фізіологічна допомога (тобто той, хто вас слухає і заохочує)
- Передача ставлення (тобто той, хто допомагає вам сміятися або бачити речі більш позитивно).

Переваги наявності і використання систем особистої підтримки включають зниження стресу, зниження фізичних проблем зі здоров'ям та

поліпшення емоційного благополуччя. За кожною з названих позицій кожен реабілітант робить висновки про систему соціальної підтримки і легко може оцінити, що саме надає допомогу насправді особисто йому і хто її надає, а також може побачити причини, чому важко просити або прийняти допомогу, і причини, чому люди не можуть запропонувати допомогу.

Соціальна підтримка - одна з важливих функцій соціальних відносин, призначена бути корисною на відміну від навмисних негативних взаємодій (таких як гнівна критика, клопоти, підрив). Загальновизнаними є такі чотири типи поведінки.

### ***Чотири типи підтримуючої поведінки***

1. Емоційна
2. Інструментальний
3. Інформаційний
4. Оцінка

Реабілітація допомагає людині бути максимально незалежною в своїй діяльності, брати участь в значущих життєвих ролях. З цієї причини склалося уявлення про соціальну реабілітацію як комплексна форма реабілітації, яка є міждисциплінарною, багатоцільовою і цілісною за підходом. Реабілітаційні послуги, такі як освітні, медичні, професійно-психологічні надаються в одному пакеті. Мета полягає в тому, щоб гарантувати реінтеграцію людини в суспільство, в її соціальне та професійне оточення. Фахівець з реабілітації також має забезпечити статус, у якому людина **цінує соціум** попри свої важкі проблеми, такі як інвалідність, особливо при невідновних порушеннях.

Виділяють **чотири основних принципи соціальної реабілітації**:

Якнайбільш ранній початок;

Комплексність і системність;

Неперервність і поетапність проведення реабілітаційних заходів;

Індивідуальний підхід.

Останнім часом в теорії соціальної реабілітації висунено й розроблено *системно-інтегративний підхід*. З позиції системно-інтегративного підходу концептуальну основу процесу реінтеграції *складають принципи*:

цілісності (розгляд реінтеграції як системи, що складається з підсистем); інтегративності (аналіз механізмів, умов і факторів реінтеграції з точки зору різних психологічних підходів, моделювання інтегративно-інваріантних технологій);

індивідуально-групового підходу;

дослідження і корекції часової перспективи життя;

детермінації майбутнім;

комплексності в оцінці результату реінтеграції.

Водночас, з позиції *генетико-моделюючого* підходу основу процесу реінтеграції військовослужбовців складають принципи:

аналізу за одиницями, в основу якого покладено нужду, як вихідну єдність біологічного і соціального, що визначає існування і потреби індивіда;

єдності біологічного та соціального, що розкриває природу активності особистості й механізми виникнення потреб;

креативності, який вказує на необхідність врахування багатозначності, неочікуваності і непередбачуваності особистості;

принцип релятивізму, який декларує неможливість встановлювати точні виміри і фіксувати остаточно вищі унікально-творчі вияви особистості;

єдності експериментальної та генетичної ліній розвитку, за яким нужда є базальною основою, на якій розвиваються потреби.

Зазначена система принципів реалізує закон необхідної різноманітності – адже молода людина має необмежені можливості у створенні необхідної різноманітності, породження, цілепокладання. Системно-інтегрований та генетико-моделюючий підходи спів-визначають механізми, статус, умови та результати реінтеграції військовослужбовців, її структуру і взаємодію з тими соціальними структурами й елементами, що несуть специфіку соціального простору та комунікацій.

## ***2. Особливості та потреби щодо реінтеграції працівників сектору безпеки та оборони***

В умовах змін, зумовлених воєнними, політичними, економічними та іншими чинниками, актуальною є розробка соціально-психологічних засад та специфіки процесу реінтеграції, у першу чергу, військовослужбовців, адже трансформаційний характер суспільних процесів спричиняє зміни у площині індивідуального існування і на рівні самореалізації. Мета-факторами у цьому процесі є необхідність набуття реінтеграційного досвіду, включення особи у різні стани, що передбачає сформованість внутрішніх психологічних підстав, осмислення актуальної ситуації, вироблення готовності до змін та визначення перспектив на рівні особистісних ролей, поведінкових моделей тощо. Отже, постає необхідність цілісного реінтеграційного підходу для інтенсифікації та поліпшення реінтеграції військовослужбовців. Необхідно працювати з цілою низкою матеріальних, психофізичних, інтелектуальних, духовних та інших переживань, станами психоемоційного вигорання і виснаження, численними бар'єрами для відновлення життєдіяльності.

***Реінтеграція є видом особистісних змін***, при якому приймається тип поведінки, відмінний від попереднього, або поновне повернення у соціум завдяки оволодінню уміннями соціальної адаптації та самоактуалізації, Слід

розуміти, що процес реінтеграції обоюдний, це є робота в «тандемі» фахівця, який допомагає, і людини, яка приймає допомогу. Встановлено, що процес реінтеграції військовослужбовців містить процесуальну і змістовну складові. Виділяють такі його компоненти, як:

- стратегічно-цільовий,
- змістовний,
- організаційно-діяльнісний,
- оціночно-прогностичний.

Процес реінтеграції військовослужбовців має етапи, зумовлені цілою системою детермінант, а саме індивідуально-особистісні особливості: стать, вік, характер, темперамент; культурне розмаїття. Змістова сторона процесу реінтеграції військовослужбовців включає їхні духовні цінності, взаємодію у соціокультурному просторі, значущість і безумовну цінність позитивного до них ставлення і самоставлення. Слід розуміти, що даний процес може стикатись із індивідуальним або стереотипним проявами соціальної аномії.

### ***3. Аналіз практичної складової соціальної реабілітації***

Враховуючи розгалужену законодавчу базу соціальної реабілітації, слід зазначити, що *вона є інститутом* і реалізується в комплексній діяльності, що включає організаційні, економічні, містобудівні, власне реабілітаційні дії, всією сукупністю державних і муніципальних органів та установ соціального захисту, освіти, охорони здоров'я у співпраці з недержавними органами.

Діяльність державних і недержавних структур, реалізація різних моделей у соціальній політиці по допомозі особам з тимчасово чи невідовно обмеженими можливостями спрямована на розробку реабілітаційних заходів,

що дозволять індивіду не тільки адаптуватися до свого стану, але в найбільш оптимальній ситуації виробити навички самопомочі та створення соціальних зв'язків. Обсяг та зміст соціальної реабілітації залежить чималою мірою від тих принципів, якими керуються у своїй діяльності суб'єкти реабілітації, суспільство в цілому, держава, що організовують та реалізують відповідні соціальні програми.

Соціальна політика, адресована особам з інвалідністю, різними видами обмеження їхніх фізичних і соціальних можливостей, базувалася спочатку на принципах ізоляції та компенсації. Принцип ізоляції коріниться в давніх, на сьогодні архаїчних підходах у соціальній історії, але в трансформованому та гуманному вигляді доходить до наших днів, без відкидання інвалідів з арени активного соціального життя, фобій і забобонів за їхньою адресою. Сьогодні він виражається у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності інвалідів та інших категорій населення, сегрегованих від загальних систем: спеціальних будинків для постійного проживання, навчальних закладів, спеціалізованих підприємств тощо. У такій системі реалізується догляд та задоволення особливих потреб. Проте в першу чергу ці питання вирішуються **з точки зору здорових членів суспільства**. Самі особи з інвалідністю, особи з наслідками травм і поранень таким чином виключаються з суспільства і перетворюються тільки на об'єкт його турботи і піклування. Такий підхід не є досконалим, так як передусім перешкоджає здоровому ставленню до таких особливостей і обмежень, – а у стосунку до військовослужбовців, рятувальників та інших фахівців, що за родом діяльності мають досвід роботи в умовах із небезпечністю для життя, екстремальних, особливих, – не витримує критики. Наразі **питомо соціальна складова соціальної реабілітації службовців є особливо значимою** тому, що **працівникам, які виконуючи задачі за призначенням діяли заради інших людей, задля захисту їхніх життів і здоров'я, має адресуватись увага і шана**. Службовці, які зазнали травм, поранень, чий стан здоров'я був погіршений унаслідок їхньої професійної роботи на благо інших, очікують від людей, суспільства, держави визнання



своїх заслуг. Людині, яка почувалася абсолютно необхідною іншим людям, глибоко неприйнятні штучні умови існування поза потрібним їй соціальним середовищем. Узагальнюючи міркування, зазначимо, що ізоляціоністський підхід є лише частково доцільним і для ряду інших категорій реабілітантів.

Життя у суспільстві передбачає *матеріальну спроможність* нарівні з фізичним гомеостазом та психічною дієздатністю особи. Звідси впливає принцип компенсації, що реалізується у заходах націлених на відшкодування тих збитків, які виникають унаслідок втрати працездатності, у грошовій або іншій компенсаційній формі: виплата пенсій або допомог, надання пільг (на користування транспортом, ліки, комунальні платежі). Самі по собі подібні пільги необхідні, однак, будучи єдиним механізмом допомоги, вони досі не сприяли інтеграції, наприклад, інвалідів у суспільство і забезпечували їм вкрай низькі стандарти існування (па рівні прожиткового мінімуму або нижче від нього). Крім того, цілий ряд потреб, у тому числі, інвалідів не може бути виражений у грошовій формі, оскільки відновлення соціального статусу, повноцінність інтеграції в суспільство лише опосередковано пов'язана з матеріальним фактором.

У сучасному світі відбувається зміна ідеології та соціальної політики щодо інвалідів. Відмічається перехід до сприйняття соціальної моделі, за якої на інвалідів та інвалідність поширюється провідний принцип соціального устрою сучасного суспільства – тобто принцип рівних соціальних прав та можливостей, які надаються кожному члену суспільства незалежно від його фізичних, психічних, інтелектуальних та інших особливостей. Відповідно до нього інваліди розглядаються не тільки як об'єкт турботи суспільства, але також як суб'єкти своєї власної життєдіяльності. Соціальні права природжені і невід'ємні, ними окреслюється певний, залежний від культурно-історичних традицій суспільства, можливостей держави, доступний кожному мінімум соціальних благ. Вони включають не тільки задоволення елементарних потреб, забезпечення виживання, але також і всю повноту соціальних потреб.

Зрозуміло, що наявність і усвідомлення цих потреб лімітується розвитком здатності інваліда до розуміння і оцінки навколишньої дійсності, себе самого і свого місця в соціальному світі. Щоправда, актуалізація цієї можливої доступності та ступінь її гарантоване упередження чималою мірою залежать від низки об'єктивних і навіть суб'єктивних обставин, обмежуються обсягом соціально-економічних ресурсів даного суспільства і держави.

Реальне, на практиці забезпечення соціальної інтеграції й реінтеграції службовців з необхідністю передбачає і їхню власну активність у соціальних і наскільки можливо професійних відношеннях. Справа не тільки в тому, що, при всій повноті своїх прав, людина, що прагне відновлення здоров'я, дбає про забезпечення себе необхідним і йде назустріч крокам турботи і пошани на свою адресу. Йдеться також про соціальну позицію, що визначається сама по собі потребою «залишатись у строю» на противагу труднощам життя.

Все більш впливово заявляє про себе принцип активної участі самих осіб з інвалідністю, і інших категорій осіб із порушеннями стану здоров'я, в організації роботи служб допомоги для них. Військовослужбовці, працівники силових структур, ветерани беруть участь у реалізації державної соціальної політики по відношенню до осіб з обмеженими можливостями. Вони утворюють групи та спільноти, які спрямовані на відновлення соціальних можливостей колег. *Принцип активної участі викладений у низці міжнародних правових документів*, у тому числі в Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів, та останнім часом активно втілюється в практиці реабілітаційних служб низки зарубіжних країн як програма «Shape your life» - «*Формуй своє життя*». Відповідно до цієї програми, націленої передусім на роботу з інвалідами, вони або отримують кошти на руки, або отримують право порядкувати коштами, що виділяються державними або муніципальними органами для їх реабілітації. Вони охоче оплачують діяльність тих служб або відділень, які вважають корисними для себе, роботу тих співробітників, з боку яких мають турботливе і компетентне

ставлення. Зарубіжні дослідники практики соціальної роботи визнають, що самі *інваліди є найкращими експертами* в оцінці політики і програм щодо інвалідів. Така точка зору є крайністю, однак її перспективне значення безсумнівно.

Також з практики зарубіжних соціальних систем прийшов до нас принцип незалежного життя осіб з обмеженими можливостями, який полягає в максимальному розвитку і застосуванні здатності до самообслуговування, самопомочі та самозабезпечення. Допомога і сприяння, що надаються інваліду різними установами та організаціями, повинні бути адекватними його стану і самопочуттю, прийматися (або відкидатися) на добровільній основі, сприяти самопомочі і спонукати до неї.

Незалежне життя проявляється не тільки через соціально-психологічну установку на повноцінну інтеграцію у соціальний розвиток. Це є спосіб мислення, психологічна орієнтація особистості, яка залежить від її взаємин з іншими людьми, суспільством і навколишнім середовищем. У соціально-політичному значенні незалежне життя - це право людини бути невід'ємною частиною суспільства і брати активну участь у всіх аспектах його життя, право на свободу вибору і самовизначення. Для суверенної особистості в сучасних умовах провідною соціальною цінністю є свобода вибору, яка залежить від ступеня соціалізації, з одного боку, і рівня розвитку суспільства і суспільних відносин – з іншого. Взаємозалежні зв'язки між членами суспільства не позбавляють їх свободи вибору і права на цю свободу.

Ідеологія незалежного життя розглядає тимчасові або незворотні вади здоров'я, такі як інвалідність, через призму обмежених умінь людини ходити, бачити, чути, говорити або мислити звичайним чином. Така нестача вмінь, зумовлена психологічними, фізіологічними, функціональними порушеннями або аномаліями, повинно зустріти допомогу у здійсненні цих функцій, тобто людина, яка має інвалідність, може очікувати і отримати надолугу функцій,

необхідних для автономної життєдіяльності, від соціальних служб, створення яких має бути нормою в суспільстві *за принципом рівності прав людини*.

У 1978 році Гербен Делонг (Новоанглійський медичний центр, Бостон) сформулював три теоретичні судження, які були покладені в основу ідеології руху за незалежне життя і згодом стали основними елементами при створенні служб у структурі центрів незалежного життя.

1. Суверенітет споживача. Людина, яка має інвалідність, - основний споживач соціальних служб і є головним захисником своїх інтересів. Вона повинна бути допущена до прямої участі у вирішенні соціальних проблем, пов'язаних з інвалідністю.

2. Самовизначення. Люди, які мають інвалідність, повинні в першу чергу спиратися на свої здібності і вміння, для того щоб домогтися прав і привілеїв, на які вони претендують.

3. Політичні та економічні права. Люди, які мають інвалідність, повинні отримати право брати участь у політичному та економічному житті суспільства.

Оскільки індивід щільно пов'язаний з соціальним оточенням, то і вплив на нього веде до змін в мікросоціумі, соціальні зміни ведуть за собою особистісні зміни. До числа найважливіших належить також *принцип нерозривного зв'язку індивіда з обмеженими можливостями і соціального середовища*. Зрозуміло, середовище впливає за багатьма напрямками - через загальні соціальні зв'язки і почуття, через найближчу соціальну мережу, через суспільні настрої, забобони і очікування. Навіть у стаціонарній соціальній установі індивіди знаходяться під впливом свого соціального оточення - одноманітного, монотонного і бідного. Особистість формується в конкретних соціальних умовах.

Однак і самі особи з інвалідністю та інші категорії людей з наслідками травматичного досвіду, хронічного стресу свідомо чи підсвідомо формують

своє соціальне оточення, більшою мірою впливаючи на найближчі ланки своєї соціальної мережі, в значно меншій мірі - на суспільство в цілому. Це знаходить відображення у явищах созалежності, у несприятливому емоційному фоні певних сімей. Особам з обмеженими можливостями важче, ніж іншим, будувати егалітарний тип відносин, тому в своїх соціальних зв'язках вони можуть зісковзувати до асиметричної системи взаємодії, чим пояснюються, наприклад, випадки агресії в сімейному спілкуванні.

Принцип зв'язку індивіда і соціального середовища дозволяє уникнути зведення всіх проблем осіб з фізіологічними чи психічними порушеннями тільки до медичних питань. До цього кола вивчення включаються обставини проживання, виховання, навчання, спілкування, можливість задоволення всіх властивих йому потреб, а не тільки первинних, вітальних.

Одним з основоположних є принцип вивчення і збереження сімейних і соціальних зв'язків, бо для кожного його сім'я повинна бути функціональним соціалізуючим і реабілітуючим середовищем. Що стосується дітей з об'єктивними обмеженнями, осіб з порушеннями функцій, літніх людей, які переживають вікові зміни, то дослідженнями статистично достовірно встановлено, що тільки в умовах сім'ї вони можуть домогтися високих показників у розгортанні своєї життєдіяльності, збереженні соціальної та інтелектуальної адекватності, у всякому разі, порівняно з особами, які перебувають у державних стаціонарних установах, де виникає соціально-психологічний комплекс госпіталізму, повільніше відбувається відновлення функцій і компенсація порушень, більш швидкими темпами згасають інтелектуальні та фізичні здібності.

Хоча останнім часом все більше підкреслюється суб'єктна роль участі реабілітанта в реабілітаційному процесі, значення діяльності недержавних соціальних організації, благодійних товариств, асоціацій самопомочі особам з обмеженими можливостями, однак провідним повинен залишатися принцип державних соціальних гарантій. Інваліди більше всіх інших громадян

відчувають ускладнення в забезпеченні своєї життєдіяльності, реалізації своїх потреб і в ряді випадків не можуть сподіватися на виживання без систематизованої і всебічної підтримки держави. Соціальна реабілітація як дорогий і ресурсоемний процес також повинна проводитися на основі зафіксованих у законодавстві соціальних гарантій.

Сказане, однак, не означає, що державні гарантії повинні забезпечувати утриманську позицію самого інваліда. Навпаки, прогресивною визнається установка на самопоміч і самозабезпечення не тільки тому, що державні гарантії завжди за визначенням мінімальні, але також і тому, що активна свідомо позиція особистості обумовлює більш глибоку реабілітацію, можливість саморозвитку. Діяльність недержавних організації соціальної спрямованості за наявності сприятливих умов для її розгортання поступово зможе брати на себе певну частину функцій, що сьогодні здійснюються державою, і все більш ефективно доповнювати зусилля держави.

Незважаючи на серйозні вимоги до цілісності процесу реабілітації, він являє собою сукупність відносно відокремлених і структурованих елементів, які можуть бути відокремлені один від одного в просторі або в часі. Структура соціальної реабілітації є предметом дискусії. Загалом виділяють медичні заходи, соціальні заходи реабілітації, професійну реабілітацію. Інвалідність зокрема виступає як проблема діяльності людини в умовах обмеженої свободи вибору і включає в себе такі аспекти, як правовий, соціально-середовищний, психологічний, суспільний, виробничий, анатомо-функціональний. Кожному з них відповідає свій напрямок реабілітації.

Законодавство про соціальну допомогу інвалідам включає сукупність елементів, починаючи з медичної реабілітації. На жаль, у ньому менш за все виявлена специфіка саме соціальних компонентів реабілітаційного процесу. Початковою ланкою системи загальної реабілітації є медична реабілітація, яка являє собою комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених функцій або компенсацію порушених функцій, заміщення втрачених органів,

призупинення прогресування захворювань. Медична реабілітація нерозривна з лікувальним процесом - вже в ході реалізації медичних послуг загубленого здоров'я людини повинен передбачатися повний облік можливостей подальшої реабілітації: мінімально травмуюча операція, зручні для протезування результати ампутацій тощо. Можливо, що цей процес повинні починати вже фахівці з соціальної роботи лікувальних установ після того, як хворий виведений з гострого стану. Передбачається, що медицина докладе всіх можливих зусиль для ліквідації патології та згладжування її наслідків. Однак стан людини, що завершила лікування, являє собою динамічну картину, яка може змінюватися як у бік погіршення, так і в бік поліпшення об'єктивних показників і суб'єктивного самопочуття. Медична реабілітація - система комплексних заходів, що включають в себе вплив як на уражений орган, так і на весь організм. Другим великим розділом медичної реабілітації є відновлювальна і реконструктивна хірургія, яка відновлює уражені органи, створює органи або їх частини замість втрачених, а також усуває порушення зовнішності, отримані в результаті захворювання або травми. Крім хірургічного шляху, відновлення втрачених органів може здійснюватися за допомогою протезування.

Можна констатувати, що медична реабілітація інваліда в більшості випадків повинна здійснюватися довічно, так як для запобігання негативної динаміки стану необхідні заходи медичної підтримки та оздоровлення. Весь цикл лікувально-відновлювальних заходів супроводжує психологічна реабілітація, сприяючи подоланню у свідомості хворого уявлень про марність реабілітації.

Психологічна реабілітація є самостійним напрямком реабілітаційної діяльності, спрямованим на подолання страху перед дійсністю, соціально-психологічного комплексу «каліки», зміцнення активної особистісної позиції.

Педагогічна реабілітація включає заходи виховного та навчального характеру. Найважливіша мета цієї діяльності - це повернення впевненості у

власних можливостях, створення установки на активне самотійне життя. Педагогічна реабілітація повинна включати підготовку або перепідготовку до нової професії, заснованої на доступних для них видах продуктивної діяльності. Також це здійснюється паралельно зі значенням цим особам впевненості, що отримані ними знання та навички допоможуть у працевлаштуванні, у збереженні ними соціального статусу та матеріального достатку.

Соціальна реабілітація передбачає діяльність із соціально-побутової адаптації. Її необхідність для осіб з втраченими функціями обумовлена тим, що функціональне обмеження призводить до труднощів самообслуговування і пересування, які здорова людина використовує, навіть не замислюючись про їх значущість. В принципі необхідні організація середовища проживання приладами, які забезпечать людині з певними обмеженнями виконання її побутових функцій, та навчання користуванню ними.

Житло забезпечується широкими дверними прорізами, без порогів або сходинок, необхідна наявність просторих коридорів, настінних поручнів і обладнання квартири світловими сигналами для глухих і слабочуючих. Меблі повинні бути такими, щоб інвалід без сторонньої допомоги міг скористатися ними. В побуті існує безліч дрібних дій, які здаються нам рутинними і стереотипними, проте труднощі у виконанні яких гнітюче діють на самопочуття людей з обмеженими можливостями.

Складне питання соціальної реабілітації полягає в забезпеченні заходів, що мають зарадити людей з функціональними порушеннями від заподіяння шкоди собі або іншим людям. За межами житла також є безліч обмежень. Отже, наприклад, будівлі повинні включати елементи, що дозволяють забезпечувати безбар'єрний характер міського простору, облаштування пішохідних доріжок, переходів засобами, які дозволили б індивіду з обмеженою рухливістю самотійно пересуватися. Входи в житлові будинки та громадські будівлі повинні бути забезпечені пандусами, а ліфти - мати



достатній простір для використання їх інвалідом зі спеціальними руховими пристосуваннями. Особливі вимоги пред'являються до обладнання середовища для слабозорих і сліпих; зокрема, перехрестя забезпечується рельєфним покриттям, звуковими сигналами, дорожніми знаками, що вказують на часту можливість появи осіб, позбавлених зору.

Складні є питання забезпечення транспорту. Особи з обмеженнями в пересуванні досі мають мало шансів скористатися спеціальними автобусами або автомобілями. У громадському транспорті недостатньо інформаційних табло з написами або «біжучим рядком» для глухих, піктограм. Розвинутість цього напрямку соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями за кордоном обумовлена не тільки більш тривалими і глибокими традиціями забезпечення інваліду незалежного життя, але і набагато більш значними коштами, які можуть бути виділені на ці цілі.

В останні роки розвивається орієнтація на навчання інвалідів деякими приладами, цілеспрямоване навчання їх навичкам (за системою АВА, широко розповсюдженою в США) і вмінню користуватись ними. Крім того, в ході цього процесу зростає мотивація до самообслуговування, максимально досяжної незалежності і самостійності.

Термін «occupational therapy» прийнято перекладати як «трудотерапія», що створює для аудиторії певні складнощі.

Історично термін «трудотерапія» стосується соціально-психологічної реабілітації осіб насамперед з психологічними (й іноді навіть психічними) відхиленнями в якості одного з напрямків терапії заняттями (поряд з такими технологіями, як бібліотерапія, ігротерапія, гарденотерапія тощо). Водночас у виховній практиці закладів по роботі із соціально дезадаптованими особами (з підлітками виправних установ, дорослими в місцях відбуття покарання) цей термін був назвою для такого виду виховного впливу, що дозволяє в процесі продуктивної трудової діяльності відновити або

сформувані в індивідів соціально бажані якості, скоригувати установку на антисоціальні види занять.

В закладах соціальної реабілітації для осіб з обмеженими можливостями (або на базі відділень комплексних центрів соціального обслуговування) все ширше застосовуються технології трудотерапії саме в буквальному сенсі слова, створюються майстерні або міні-виробництва, де люди, що обслуговуються центром, можуть відновити або набути трудових навичок, брати участь у праці виробничого колективу, відчуті свою суспільну затребуваність і, крім того, заробити собі додатково деякі гроші.

Соціально-трудова адаптація включає комплекс заходів: пристосування виробничого середовища до потреб людини з функціональними розладами, адаптацію до вимог виробництва. Соціальна реабілітація в стандартному виробничому середовищі вимагає значних зусиль і витрат, оскільки за загальним правилом проекти виробничих потужностей та інфраструктура підприємств проектується на основі вимог, далеких від потреб, скажімо, осіб з інвалідністю. Підхід до місця роботи і робочі місця осіб з функціональними порушеннями потребують спеціальної організації або переобладнання; допоміжні приміщення (пункт харчування, гардероб, туалет) повинні бути організовані таким чином, щоб ними могли скористатися особи з різними видами патологій.

Цілий ряд факторів виробництва може відноситися до професійних шкідливостей або бути відносно нейтральним для здорових працівників, але складати шкідливі умови виробництва для працюючих інвалідів. Практично всі фізичні параметри трудового процесу можуть в різних умовах виступати як шкідливі та небезпечні: температура, вологість повітря, випромінювання, шум, вібрація, ультразвук, пил та аерозолі, освітленість, хімічні та біологічні впливи. Шкідливий вплив чинить і звичайний для працівника з нормальним функціональним статусом рівень навантаження, ступінь напруженості праці, інтелектуальні зусилля, монотонність тощо. Необхідні для працевлаштування

оптимальні та допустимі умови праці, що класифікуються на основі спеціальних критеріїв, є не завжди досяжними. Переобладнання ж робочих місць відповідно до вимог безпеки часто ускладнене або неможливе.

Зрозуміло, така діяльність веде до зростання витрат на забезпечення праці людей з функціональними обмеженнями. Продукція, що виробляється ними, рідко буває вигідною, щоб підприємці прагнули до розгортання їх виробничої діяльності.

Як приклад спрямованості реабілітаційних технологій, перспективним є навчання та перенавчання інвалідів, надання їм у процесі перепідготовки нової професії або спеціальності, навчання навичкам роботи за колишньою спеціальністю в умовах втрати низки можливостей або функцій.

Профорієнтація та професійне навчання інвалідів будується на основі поглибленої професійної діагностики їх у процесі дорослішання (для дітей-інвалідів) або після завершення медичної реабілітації (для дорослих інвалідів). Розробляються показання до тих професій, якими можуть займатися інваліди. Найчастіше йдеться про масові професії, які потребують порівняно скромної загальноосвітньої та професійної підготовки. Такий підхід виправданий, якщо йдеться про осіб з обмеженнями щодо інтелекту або про розумово повноцінних осіб, які не мають можливості за умовами своєї соціалізації отримати якісну освіту. Однак у ряді випадків інваліди можуть мати високий рівень освіти, а сучасні види зайнятості все більше пред'являють вимоги не до фізичної сили або спритності інваліда, а до його інтелектуальної змістовності<sup>1</sup>. Тому розвиток інформаційно-комп'ютерних технологій розкриває нові можливості забезпечення трудової зайнятості інвалідів - з використанням можливостей висококваліфікованої надомної праці, віддаленого доступу тощо.

Освітня реабілітація є комплекс, який включає в себе процеси здобуття за необхідності спеціальної чи додаткової освіти, професійної перепідготовки

для здобуття нової професії. У сучасних умовах доступ до сучасної та якісної освіти є одним з найважливіших соціальних ресурсів, що забезпечують гідний соціальний старт, розвиток і повноцінне існування індивідів. Блокада цього доступу для осіб з обмеженими можливостями практично перекриває для них потенціал розвитку, перспективи матеріальної самозабезпеченості, належного соціального статусу.

Водночас наявність освіти високого рівня і затребуваної суспільством спрямованості в деякій мірі гарантує людину при настанні інвалідності від необхідності займатися низькокваліфікованою працею. Освітня реабілітація є значною мірою шляхом і засобом відновлення та підвищення соціального статусу. Зрозуміло, цей шлях доступний тільки для осіб з збереженим інтелектом, за наявних здібностей займатися сучасними видами діяльності.

Взагалі соціокультурна реабілітація становить важливий елемент реабілітаційної діяльності, оскільки задовольняє блоковану нерідко потребу в інформації, в отриманні соціально-культурних послуг.

Відносна самостійність емоційно-творчої сфери психіки, відсутність жорстко детермінованих зв'язків її з фізичним або інтелектуальним статусом призводить до того, що стимуляція розвитку цієї сторони особистості та діяльності людини з обмеженими можливостями дозволяє іноді «обхідними шляхами» інтенсифікувати реабілітацію розумових або фізичних можливостей особи з функціональними обмеженнями. Соціокультурна діяльність виступає найважливішим соціалізуючим фактором, долучаючи людей до спілкування, узгодження дій, відновлюючи їх самооцінку.

Як елемент соціокультурної реабілітації можна розглядати спортивну реабілітацію, в якій особливо сильні механізми суперництва, що діють також часто у сфері творчої реабілітації. Крім загального оздоровлюючого впливу, заняття спортом та участь у спеціальних змаганнях підвищують ступінь координації рухів, розвивають спілкування, виховують командні навички.

Розглянуті нами положення підготували нашу аудиторію до уточнення та **внутрішньої диференціації терміна «соціальна реабілітація»**.

Соціальна реабілітація як шуканий результат реабілітаційної діяльності, з одного боку, може досягатися тільки в результаті сукупності дій в рамках всіх названих вище напрямків реабілітації, бо тільки в ході їх реалізації можливе повноцінне відновлення соціального функціонування. Тому можна говорити, що поняття «соціальна реабілітація» є узагальненим, що виражає підсумкову якість форм і напрямів.

З іншого боку, крім перерахованих видів реабілітаційної діяльності, є напрямок, в межах якого здійснюється відновлення здатності до соціальної діяльності як **відновлення здатності до спілкування**. Термін «соціальна реабілітація» має і широкий смисл, коли він включає всю сукупність відповідних заходів, і спеціальний, в якому правильно було б назвати процес «соціокомунікативна реабілітація» або просто «комунікативна реабілітація» для того напрямку діяльності, який націлений на відновлення безпосередніх соціальних взаємодій інваліда, зміцнення його соціальної мережі. На основі складання адекватної, але сприятливої самооцінки повинен сформуватися новий образ «Я» і позитивна картина світу, що перешкодить негативним емоційним реакціям у спілкуванні з іншими людьми.

Відновлюється потреба в особистісних комунікаціях, яка може бути порушена в період посттравматичного стресу або хвороби. Важливою особливістю цього процесу є організація спеціальних каналів або інструментів спілкування, навчання користуванню такими засобами. Нерідко для цього потрібна допомога фахівців або забезпечення людини спеціальним обладнанням для забезпечення комунікації. Крім того, корисними або навіть необхідними виявляються **тренінги комунікативних умінь**, які проводяться з метою формування соціальних навичок.

Служби соціального захисту населення повинні докладати зусиль для створення організаційних умов та інфраструктури комунікації: наприклад, відкривати відділення денного перебування в центрах соціального обслуговування, клуби, місця зустрічей та спілкування в мікрорайоні.

Слід керуватись у цьому питанні поняттям *потенціал реабілітації*. Звичайно, всі ці види реабілітації відносяться лише до тих осіб, у яких є (або зберігся) достатній потенціал реабілітації. Відсутність здатності соціального функціонування, викликана низкою захворювань, робить проблемою процес реінтеграції такої особи.

Випадання або пропуск того чи іншого напрямку, форми реабілітації ведуть до утиску можливостей соціального функціонування і захисту осіб з обмеженими можливостями, до неефективної, неповної реабілітації. Це пояснюється як цілісністю людської особистості, всі сторони і прояви якої взаємопов'язані, так і цілісністю соціального буття. Диференціація процесу соціальної реабілітації за різними формами, виділення різних напрямків є певною мірою умовною, що пояснюється вимогами і рамками окремих організацій та установ.

Соціальна реабілітація як відновлення здатності до соціального функціонування за загальними правилами можлива лише в тому випадку і в тій мірі, в якій людина мала таку здатність до інвалідності або виникнення тих чи інших стійких порушень. Ступінь же можливостей і потреб індивідів у соціальному функціонуванні досить різноманітна. Розкид можливостей тут коливається в широкому континуумі від повної нездатності індивідів з інтелектуальними обмеженнями або глибокими фізичними патологіями до соціальної реабілітації і можливостей надреабілітації, коли особа стає більш інтегрованою в соціальне функціонування, ніж до травматичних подій.

Соціальна реабілітація - процес, який має початок, але не має кінця. Завершення виконання індивідуальної реабілітаційної програми зовсім не

означає, що структури соціальної допомоги можуть обмежитися тільки матеріальною підтримкою, виплатою пенсій та допомог. Соціальний патронаж особи з обмеженими можливостями, відомий рівень соціального нагляду та контролю і на наступних етапах з метою своєчасного надання допомоги за необхідності та запобігання негативній динаміці процесів.

Вся діяльність із соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями, будучи системною і комплексною, може здійснюватися з усією сукупністю органів і установ соціальної сфери. Міжвідомча координація в цьому напрямку є особливо необхідною.

### Рекомендована література

21. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
22. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX ([rada.gov.ua](http://rada.gov.ua))
23. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
24. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
25. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД – 2017. – 80 с.
26. Justino P. (2022) The war in Ukraine: Civilian vulnerability, resilience, and resistance VoxEU.org 14 April. / <https://cepr.org/voxeu/columns/war-ukraine-civilian-vulnerability-resilience-and-resistance>
27. Wade, Derick T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. Clinical Rehabilitation. 2020 May;34(5):571-583. doi:10.1177/0269215520905112 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/>
28. Wang Shr-Jie, Bytyçi Ardiana, Izeti Selvi, Kallaba Melita, Rushiti Feride, Montgomery Edith, & Modvig Jens. A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict

context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo  
<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0100-y>

### **Інформаційні ресурси**

<http://www.social.org.ua/>

<http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/dovi.html>

<http://www.psylib.ukrweb.net/books/rassb01/index.htm>.



## ЛЕКЦІЯ 4

### Роль і місце соціальної реабілітації в процесі соціально-психологічного супроводу службовців

#### План лекції

1. Соціально-психологічна єдність системи реабілітації службовців
2. Поняття соціально-психологічного супроводу
3. Соціально-комунікативні техніки та фактори соціального середовища в соціально-психологічному супроводі контингентів безпеки та оборони

Війна не минає безслідно ні для людини, ані для суспільства. Повернення із зони бойових дій чи переселення з територій, де відбувалися бої, – це завжди перехід від однієї реальності до зовсім іншої. І кожна з цих реальностей живе за власними законами, чимало з яких не працюють в іншій або потребують суттєвої корекції, адаптації і реадаптації. Такий перехід від війни до миру ні для кого не є легкою справою. Він потребує чималих ресурсів, як зовнішніх, суспільних, так і внутрішніх, особистісних. Саме тому питання можливостей його полегшення для різних категорій населення вже досить давно стоїть на порядку денному.

Своєрідним путівником у пошуку якомога більш безболісних шляхів переходу з однієї реальності в іншу має стати соціально-психологічний супровід. Він сприяє психологічній декомпресії, забезпечуючи умови для реадаптації людини завдяки ефективній взаємодії як із спеціалістами, так і з громадами, сім'єю, родичами, колегами, друзями.

## 1. Соціально-психологічна єдність системи реабілітації службовців

В попередній навчальній темі ми реалізували можливість з'ясувати та здійснити внутрішньо-значеннєву диференціацію основного для нас поняття соціальної реабілітації. Йшлося про:

- 1) загальне розуміння, в якому соціальна реабілітація є системою, що включає в себе всю сукупність технік і процесів реабілітаційного циклу, аж до пост-реабілітаційного періоду і протягом років поспіль. Соціальний – тут розуміється рівень вимог суспільства зокрема до працівника. Відтак соціальний – це і медичний, і психологічний, і соціально-комунікативний як такий, процес відновлення вкупі. Підсумок процесу загальної соціальної реабілітації надає підстави для кваліфікації статусу реабілітанта щодо його участі в суспільному виробництві або приналежності до пільгового контингенту;
- 2) розуміння, в якому соціальна технологія реабілітації отримує спеціальне висвітлення і виступає в комплексі заходів різного характеру як специфічна, орієнтована на відновлення зв'язків суб'єкта з родиною, дружнім оточенням, колегами, соціумом.

Йдеться передусім про відмінність **критеріїв визначення**, хоча в обох варіантах розглядається турбота про відновлення здоров'я людини. Формат загального рівня охоплює відновлення всієї цілісної соціальної спроможності – так, щоб реабілітант ставав цілковито або мірою можливості повноцінним учасником життєдіяльності суспільства та міг працювати, а за невідомної непрацездатності отримував від суспільства та держави всі належні для нього пільги, користувався соціальними благами та правами громадянина. У даному розрізі поняття соціальної реабілітації виходить з життєдіяльності соціально-державного цілого, щодо участі в якій оцінюється, відновлюється і

потім кваліфікується особа. Наприклад, за посередництвом МСЕК, ВЛК та ін. І держава, і особа, що реабілітується, виступають інтересантами процесу й успішного результату, бо основним моментом є спроможність до виконання функцій, які надаються суспільством, задач на призначенням, що забезпечує визнання особи пригідною, дієздатною і т.ін. Або такою, якій призначаються (соц.)виплати та інші компенсації втраченої спроможності. Справа стоїть у правовому полі.

Щодо другого формату поняття соціальної реабілітації, йдеться про ті заходи та процедури, за посередництвом яких реабілітант отримує передусім адекватне і корисне для нього спілкування, відновлює комунікативні вміння, спирається на соціальні зв'язки та підтримку в процесі відновлення всіх своїх сил і здатностей і, зрештою, набуває реінтеграції в соціум, але вже в аспекті не зовнішньому, а внутрішньому як суб'єкт соціальних відносин. В подібний формат наразі вписується робота з емоційно-вольовою та духовною сферою, з усім спектром комунікацій реабілітанта, яка стає опорою для відновлення фізичного гомеостазу та психічного/психологічного здоров'я.

Таким чином, соціальні взаємодії та спроможність до функціонування в соціумі характеризують критерії реабілітаційних технологій щодо військових та інших категорій службовців.

Сучасний соціокультурний контекст процесу реінтеграції службовців вступає у взаємодію з їх психосоціальним статусом. Слід розуміти єдність та інтегральну якість медичної, соціальної, психологічної складових не лише в тому відношенні, що необхідно вести реабілітацію сумісно по всіх напрямках і в узгодженні таких дій, що не припиняють підкреслювати дослідники. Річ у тому, що кожен із аспектів процесу являє функцію щодо іншого. Наприклад, психологічна корекція та робота з емоційно-вольовою сферою особистості інтегрується в соціальні взаємодії, відноситься до них як частина до цілого. В свою чергу, ре-соціалізація та реінтеграція в суспільну практику базується на

медичній, іноді лікувальній практиці, без успіхів якої жодна з двох інших не може мати успіху.

В західних реабілітаційних технологіях запроваджується специфічний підхід (bio-psycho-social approach), що поєднує біологічну (вплив на фізичний гомеостаз у динаміці), психологічну та психотерапевтичну складові з власно соціальним компонентом реабілітації. Дослідження показали ефективність мульти-дисциплінарної реабілітації в західних країнах для лікування травми, пов'язаної з війною, але залишається неясним, чи застосовний цей підхід до цивільного населення в бідних ресурсами країнах, які постраждали від війни. У 2012-2014 роках Данський інститут проти катувань (DIGNITY) здійснив рандомізоване контрольоване дослідження сумісно з Центром реабілітації жертв катувань у Косово з міждисциплінарним втручанням серед жертв тортур і війни в Косово. Тридцять чотири учасники були рандомізовані за групами втручання. Одні отримали комплексні методи лікування плюс одноразову полівітамінну, інші полівітамін поодиночі. Комплексне лікування склалося з 10 щотижневих індивідуальних 60-хвилинних сеансів когнітивної поведінкової терапії, що базувалася на адаптації тривалої терапії впливу, та індивідуальні 20-хвилинні фізичні вправи з пристроєм біознімання emWave, а також 90-хвилинну групову фізіотерапію. Група списків очікування також отримала таке само лікування після того, як група втручання завершила свої сеанси. Результати фіксувалися в психічних, емоційних, фізичних показниках і довели, що понад 1/3 випадків ПТСР успішно лікувалися. Закономірності, пов'язані з психічним здоров'ям і хронічним болем, враховані у втручання. Щодо функціонування та соціальних результатів, таких як рівень зайнятості, який збільшився майже на 15%, і місячна заробітна плата, яка зросла на 45-137%, відбулося помітне поліпшення, те саме стосується спроможності до зусиль ручної праці. Почуття гніву і ненависті зменшилися. Попри те, що за висновками дослідників більшість змін не досягла статистичної значущості, учені вважають вплив біо-психо-соціального втручання, ймовірно, чутливим до контексту післявоєнної економіки в Косово і цілі лікування. Потенціал для

поліпшення емоційного благополуччя та результатів зайнятості виявлених, але для остаточних висновків потрібен більш масштабний досвід з пильним моніторингом цілісності лікування і достовірності даних щодо здоров'я, функціонування та соціальних результатів, тобто мають взаємопов'язано досліджуватись ПТСР, депресія, тривога, хронічний біль, гнів і ненависть у сполученні з показниками фізичного характеру, як-от індекс маси, сила руки, баланс стоячи, дохід, рівень зайнятості та оцінка інвалідності.

Трагічний досвід воєн спонукає фахівців у всьому світі досліджувати ті й інші наслідки травматизації людей. Реальна допомога в масштабі соціуму, великих контингентів і різних категорій населення поки що залишається в розряді надій і перспектив. Однак дослідження показують інтегральну якість фізичних, психічних і соціальних складових статусу реабілітантів.

Процес реінтеграції військовослужбовців має соціально-психологічну специфіку, що визначає місце соціальної реабілітації в системі соціально-психологічного супроводу професійних контингентів сектору безпеки та оборони. Виділяються показники результативності зокрема мотиваційних і когнітивних показників психологічного статусу військових. Разом із цим, на думку дослідників, важливе значення мають *специфічні соціальні* механізми інтеріоризації і трансформації цінностей в процесі реінтеграції. Дослідники відмічають істотний вплив соціального самопочуття (когнітивно-оцінної, мотиваційно-ціннісної, емоційно-поведінкової функцій) та суб'єктивного соціального благополуччя військовослужбовців (соціальної помітності, соціальної дистантності та прийняття, соціального схвалення та соціальних переконань) на успішність процесу реінтеграції. Звідси витікає доцільність диференціації чинників ефективності реінтеграції військовослужбовців у показниках ідентичності та соціально-психологічної зрілості. Щодо ідентичності виділяють показники процесу за когнітивним, емотивним, конативно-діяльним, ціннісно-орієнтаційним компонентами; щодо

особистої зрілості процес реінтеграції характеризується особистісним, рефлексивним та функціональним компонентами.

Система параметрів, критеріїв і рівнів соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції військовослужбовців включає когнітивний, емоційно-оцінний, світоглядний, поведінковий компоненти. Показниками когнітивного компоненту є наявність знань про культуру, вміння встановлювати зв'язки між наявними знаннями, давати змістовну характеристику своїх вчинків і взаємин, наявність знань щодо норм і правил поведінки у міжособистісній взаємодії, знання про суспільні цінності. Показниками емоційно-оцінного компоненту є наявність емоційних, вольових, інтелектуальних, мотиваційних складових, які відображають динаміку і специфіку емоційних переживань, що є суб'єктивним індикатором ефективності соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму. Показники світоглядного компоненту відображають прояв повноти, самостійності, стійкості суджень. Показники поведінкового компоненту відображають використання отриманих знань на практиці, у міжкультурній взаємодії, перенесення отриманого досвіду з одних ситуацій в інші, самооцінку власних вчинків, прояв переконань, стійкість поведінки.

Існує необхідність переосмислення проблеми у контексті сучасних теоретико-методологічних позицій соціальної психології.

Спрямованість соціально-психологічного забезпечення реінтеграції військовослужбовців передбачає зміцнення взаємозв'язку всіх компонентів, що дозволяють розвивати життєво важливі вміння і навички (адаптуватися в умовах, що змінюють життєдіяльність), позитивну соціальну ідентичність, впровадження технології розвитку соціально-психологічної спроможності військовослужбовців у практику психологів, соціальних працівників, поширення досвіду командної роботи тощо; включення в арсенал соціально-психологічної роботи методів освіти, розвитку інтересу до життя.

В ряді досліджень пропонується практичний підхід до вибору і моделювання типів технологій залежно від рівня соціально-психологічної спроможності та соціального потенціалу військовослужбовців:

програм корекції з урахуванням вікових та індивідуально-особистісних обмежень і ресурсів;

організація активного соціально-психологічного навчання;

підвищення показників соціально-психологічної зрілості;

організація приймаючого середовища для забезпечення психологічно комфортних і стимулюючих реінтеграцію умов реадаптації та інтеграції у нові (або оновлені) умови і правила соціальних комунікацій;

вивчення і застосування резервних можливостей військовослужбовців.

## ***2.Поняття соціально-психологічного супроводу***

Соціально-психологічний супровід – комплексна категорія. На відміну від усталеного в психології поняття психологічного супроводу, зокрема при адаптації особистості до умов діяльності, соціально-психологічний супровід має на увазі підключення соціального компонента в обох його форматах – як конкретно-соціальних взаємодій реабілітанта, так і результативність процесу в соціальних вимірах рівнів благополуччя, успішності, комунікацій, власної ініціативи у справах життя, матеріальних статків і т.ін. – тобто соціальної спроможності в усіх її проявах.

Супровід – це є не втручання, а підтримуюча допомога, в тих випадках, коли йдеться не стільки про медичні, скільки про соціально-психологічні її аспекти.

На кого насамперед *має бути спрямований* супровід? Унаслідок тривалих воєнних дій у нашій країні найуразливішими категоріями населення є демобілізовані ветерани та члени їхніх сімей. Крім комбатантів, ідеться також про понад 1,5 мільйона мешканців України, які покинули свої домівки й отримали статус внутрішньо переміщених осіб. Унаслідок тривалої травматизації суттєво знижуються соціально-адаптивні можливості людей, втрачається колишній рівень особистісної цілісності, комунікативної компетентності, професійної само-ефективності, психологічного добробуту. Щоб подолати всі ці негативні наслідки тривалих воєнних дій, потрібні дослідження способів організації соціально-психологічного супроводу, що забезпечує відновлення психологічного здоров'я особистості, її реадaptaцію. За допомогою соціально-психологічного супроводу можна суттєво покращити успішність реадaptaції. Щоб розробити ефективні і водночас масштабні інтервенції, спрямовані на подолання наслідків травмування особистості, слід упроваджувати сучасні технології збереження і відновлення психологічного здоров'я. ***На соціально-психологічному рівні погіршення психологічного здоров'я, а значить, потреба супроводу, проявляється як відмова від співробітництва, зменшення здатності співпереживати, довіряти світу.*** На ціннісно-смисловому рівні – як втрата здатності до пошуку нових життєвих перспектив, погіршення осмислення досвіду, неспроможність отримувати задоволення від повсякдення. На індивідуально-психологічному рівні – як переживання порушення цілісності, деструктивні зміни ідентичності, зменшення потреби в самореалізації та адаптивності. У сукупності цих аспектів і, відповідно, необхідності реабілітації, соціально-психологічний супровід розглядається як медіатор особистих трансформацій і складова процесу відновлення психологічного здоров'я особистості, її здатності зберігати і відновлювати психологічний добробут. Важливими є:

спосіб контактування з постраждалими і контекст, у якому здійснюється вплив;



форми організації супроводжувальної підтримки з боку оточення людини: сім'ї, професійної та інших спільнот;

організація заходів соціально-психологічного супроводу в координатах комплексності, тривалості, систематичності та опосередкованості взаємодії агента і реципієнта.

На думку знаної української фахівчині з питань соціальної реабілітації та соціально-психологічного супроводу Т. М. Титаренко, його ефективність залежить від активності, цілеспрямованості, відповідальності, взаємної толерантності учасників супроводжувальної взаємодії, – що реалізується за посередництвом наступних стратегій соціально-психологічного супроводу:

комунікативна,

стратегія зміни ставлення до травматизації,

фасилітації само- і взаємодопомоги,

сприяння самореалізації.

На сьогодні розроблено комплексну модель оптимізації соціально-психологічного супроводу з урахуванням особливостей посттравматичного життєтворення (Т. М. Титаренко).

Усучаснений стан проблематики соціально-психологічного супроводу підказує модернізацію засобів, зокрема підтримки психологічного добробуту населення електронними засобами. Йдеться про розроблені українськими фахівцями модулі електронної психологічної підтримки в соцмережах, на сайтах/форумах, у месенджерах, психологічних смартфон-додатках, відео-та аудіоплатформах типу Zoom і Skype. Ефективність електронного формату супроводу визначається з огляду на онлайн-поведінку, здатність одержувати підтримку й ідентифікуватися з референтною спільнотою, соціодемографічні особливості користувачів. Учені опрацьовують соціально-психологічний супровід зважаючи на явища посттравматичного зростання у суспільстві, а

також розробляють індивідуально орієнтовані практики фасилітації такого зростання, які можливі для вбудовування в роботу психологів, соціальних працівників та інших фахівців, що професійно супроводжують і підтримують осіб із наслідками травматичних подій. Вивчаються можливості супроводу посттравматичного зростання на робочому місці.

Неоцінено важливим є позитивний зарубіжний і вітчизняний досвід соціально-психологічного супроводу ветеранів, волонтерів та членів їхніх сімей. Зокрема серед відносно поширених заходів є застосування методики парадоксальної інтенції в опрацюванні дезадаптивних негативних станів та внутрішніх конфліктів з акцентом на розвитку суб'єктності, актуалізації зовнішніх і внутрішніх ресурсів. Доведені також результати використання методики “рівний – рівному”, технологій само- і взаємодопомоги. Так само увага приділяється профілактиці посттравматичних стресових станів, небезпеці зловживання алкоголем, запобіганні насильству, суїцидальним намірам та спробам суїциду. Ретельно вивчаються для розробки запобіжних заходів стани, які спричинили деструктивні наслідки комунікативних ризиків особистості, так як вони руйнують психологічний зв'язок та паралізують здатність підтримувати соціальний контакт у спільноті з групами, значущими іншими. Щодо напрямів *протидії комунікативним ризикам* для запобігання глибокій особистісній кризі, в умовах гібридного спілкування, пропонується стратегія *травмочутливого соціально-психологічного супроводу*. Вона має скерування до:

відновлення стійкості і довготривалості комунікативних зв'язків,

структури саногенних міжособистісних контактів,

реконструкції мережі емоційного спілкування травмованої особистості,

зниження комунікативного стресу,

відновлення “захисного кола ідентичності” особистості.

Окремою проблемною ланкою соціально-психологічного супроводу є **робота з втратою** задля реконструкції життєвого простору особистості. В цій супровідній діяльності використовуються принципи:

фахового втручання,

“рівний – рівному”,

довіри та кооперації зусиль.

Ставляться чіткі завдання для фахівців щодо результатів відповідно до етапів переживання втрати і з опорою на актуальний життєвий контекст реципієнтів супроводу, базу їхніх ресурсів і актуальні запити. Прийоми та практики підтримки реалізуються у внутрішньому контексті (самодопомога), у контексті взаємодії з іншими та в контексті зовнішньої стимуляції.

Фахівці психологи та соціальні працівники досліджують особливості організації соціально-психологічного супроводу **внутрішньо переміщених осіб** з огляду на міжнародний досвід й актуальні практики в українській професійній спільноті. Обговорюються ризики та етичні проблеми надання соціально-психологічного супроводу. Увага зосереджується на можливостях, нарівні з багатьма методиками психологічного зцілення, також арттерапії для усвідомлення власних ресурсів, налагодження взаємодії у групах, зниження рівня стресу. Як приклад може служити, зокрема, музейна арттерапія, бо вона здатна виступати методом формування місцевої ідентичності учасників супроводу. Розробляються також технології само-співчуття для внутрішньо переміщених осіб як варіант бібліотерапії (про це пише український фахівець Ю. Д. Гундертайло).

У працях В. В. Савінова представлено *playback-театр* як сучасний інструмент соціально-психологічного супроводу. Дослідник надає приклади особистісних і групових проблем, з якими можливо працювати за допомогою *playback-театру* з технологічними акцентами щодо врахування специфіки проблеми, складу і стану аудиторії, аби запобігти ре-травматизації,

загостренню конфліктів, загалом підвищити безпечність й етичність процесу. Специфіка використання playback-театру на різних етапах супроводу, так як і очікувані тенденції особистісних змін, аж до пост-факту взаємодії фахівця з реципієнтами, є диференційованою відповідно до вказаних критеріїв. Загалом *Playback Theatre* («театр відтворення») являє собою різновид інтерактивного театру імпровізації, що складається з двох основних комплементарних практик: розповіді глядачами особистих історій на публіку та миттєвої художньої інсценізації акторами цих розповідей у специфічних формах. У дійстві завжди є ведучий («кондактор»), який організовує та супроводжує увесь процес. З точки зору соціально-психологічного супроводу є значимим, що інсценізуються не літературні твори (на відміну від театру репертуарного) і не особисті змісти виконавців (на відміну від театру чистої імпровізації), а *індивідуальні історії присутніх на виставі глядачів*, тобто будь-кого з бажаючих, випадкових людей. Очевидна важливість цієї форми взаємодії для роботи і з індивідуально-психологічними станами реципієнтів супроводу шляхом «програвання» і рефлексії, і для сприяння комунікативній спроможності. Цей момент розкривається в специфіці дійства *performance*, оскільки в ньому головним є не результат, а процес і безпосередня цінність дій учасників у режимі реального часу. І розповіді глядачів, і гра акторів, і реакції ведучого та всіх присутніх є великою мірою непередбачуваними, спонтанними. Важливо, що в даному методі терапії використовуються партиципативні (напр., вихід глядача на сцену) та імерсивні (напр., прохання до зали поділитися історією один з одним) театральні-акціоністські елементи. Він використовується як інструмент соціальних змін на рівні малих та середніх, закритих та відкритих, однорідних та неоднорідних груп. Комплексний соціально-психологічний ефект, який відчуває на собі група, пояснюється концептом «наративної ретикуляції», запропонованим автором ідеї і засновником playback-театру Джонатаном Фоксом. Українська практика playback-театру існує з 2001 року. Загалом, ця практика має міжнародну

організацію, школу підготовки тренерів, стандарти навчання, дослідження та періодичні видання.

Організація соціально-психологічного супроводу сприяє поглибленню та досягненню ефективного опосередкування взаємодії постраждалих осіб із суспільством, забезпечення більш ефективної підготовки та інтеграції зусиль психологів-практиків, соціальних працівників і інших фахівців.

Соціально-психологічний супровід є своєрідним синтезом тривалої і цілеспрямованої соціальної підтримки та адресної психологічної допомоги. Це основний ресурс збереження цілісності особистості, відновлення її психологічного здоров'я, який сприяє подоланню депресії і тривоги. Дефіцит супроводу ускладнює інтеграцію в соціум, гальмує вторинну професійну переорієнтацію, знижує рівень економічного і суб'єктивного добробуту.

Важливим є визначення специфіки травмоутливого супроводу, його характеристик та практик використання. Говорячи про супровід у широкому контексті, маємо на увазі будь-яку людину, що потрапила в складну життєву ситуацію. Закономірності розвитку особистості, що перебуває в непростих, а інколи і небезпечних життєвих обставинах, є предметом такої нової галузі, як **психологія соціальної роботи**. Супровід може бути досить ефективним при вирішенні різноманітних конфліктів, при переживанні стресу різної етіології. Коли говоримо про супровід у більш вузькому контексті, орієнтуємося на вразливі верстви населення. Серед людей, що передусім потребують супроводу, американський учений Matthews-Trigg називає людей з низькими статками, іммігрантів і тих, кому відмовили в наданні дозволу на імміграцію.

Психологічні служби країн НАТО прицільно займаються організацією комплексного супроводу людини, що брала участь у воєнних конфліктах. Кожна країна не лише надає професійну психологічну підтримку військовим, а й сприяє їх реадаптації. Для цього створюються групи підтримки, що складаються із психіатрів, психологів, соціальних і медичних працівників, капеланів. Такі групи проводять численні заходи психологічної декомпресії,

спеціальні тренінги, консультації. Мета найсучаснішої супроводжувальної роботи полягає в посиленні само-регулятивних навичок особистості, її життєстійкості, самостійності, ініціативності. Велика увага приділяється підвищенню ролі лідера підрозділу, що активно впливає на мотивацію та копінг комбатантів, сприяє відновленню їхнього психологічного здоров'я. І хоча дослідження наслідків воєнних конфліктів здебільшого зосереджується навколо профілактики посттравматичних розладів у військовослужбовців та членів їхніх сімей, усе більше уваги останнім часом приділяється й іншим аспектам супроводу. Так, за ініціативою Червоного Хреста проведено дослідження ролі психологічного супроводу серед родичів осіб, що зникли безвісти під час воєнних конфліктів у Боснії, Герцеговині, Сербії, Косово, у Грузії, Вірменії, Азербайджані, Непалі, Східному Тиморі.

### ***3. Соціально-комунікативні техніки та фактори соціального середовища в соціально-психологічному супроводі контингентів безпеки та оборони***

Концепт соціально-психологічного супроводу специфікує ***інтегральну – соціальну і психологічну – підтримку реципієнта*** і є базовим у контексті посттравматичних трансформацій. Завдяки відновленню внутрішніх ресурсів та наданню ресурсів додаткових супровід підсилює здатність справлятися з проблемами, стаючи медіатором покращення психологічного здоров'я. ***Основним спрямуванням соціально-психологічного супроводу є якісне і кількісне збагачення взаємодії людини з близьким і віддаленим оточенням:*** родичами, сусідами, друзями, колегами, членами територіальних, релігійних та інших спільнот. Одна з ключових проблем у цьому контексті – брак своєчасної адресної інформації про можливості отримання відповідних послуг. Мешканці України, що потребують соціально-психологічного

супроводу, зазвичай не знають, де його шукати, з ким контактувати, до кого звертатися. Після повернення з фронту або при внутрішньому переміщенні територією України людям нерідко бракує юридичної, медичної, фінансової допомоги.

Залишаючись сам на сам з проблемами, колишні військовослужбовці, комбатанти відчують *страждання, відчуження, ненависть, жагу помсти*. В пошуках розуміння, рівноваги між досвідом відносин на війні і способом соціальної життєдіяльності мирного населення вони звертаються перш за все до тих, кого добре знають, кому довіряють. Тобто до членів власної сім'ї, друзів, земляків, побратимів. В знайомому середовищі солдати, що прийшли з війни, часто знаходять підтримку, оскільки їхні переживання резонують із аналогічним або схожим досвідом побратимів, зустрічають турботу близьких за духом друзів. Та часом, на жаль, знаходять, крім конструктивних практик взаємодопомоги, і деструктивні практики, що можуть нести загрозу пияцтва й алкоголізації. Пережитий хронічний стрес, агресія з боку противника і, як неминуча реакція, загострення власної агресивності, особливо при істотних і не завжди відновних наслідках бойових дій, є важкими для психологічного здоров'я чинниками психічних станів, які, на жаль, можуть спричинитись до підвищеної агресивності й нервозності, збудливості вже і за межами бойової дійсності; а при іншому, також негативному варіанті пост-стресової ситуації, можуть бути нібито притамовані вживанням алкоголю. Доводиться визнати, що тут взаємно підсилюють одне одного ефект від спостереження звичайного, не настільки сповненого постійних ризиків життя мирного населення навіть у прифронтових містах – і нестача з боку пересічних громадян уваги до солдат, допомоги, підтримки, у певному розумінні ексклюзивного ставлення до тих, хто йшли в бій як захисники, вийшли з боїв героями і тепер нарівні з іншими ведуть цивільний спосіб життя. Може здатись, що опікуватись проблемами маєш тільки сам, і це відчуття загострює емоційну і ментальну напруженість людини.

Очевидно, що наслідки і хід воєнних дій, особливо коли вони йдуть безпосередньо в місті чи селі, де людина живе роками і де зосереджені всі пріоритети її життя, не кажучи вже про матеріальні цінності та домівку, – для сотень тисяч мешканців України обертаються шкодою й небезпеками. Лютий та березень місяці 2022 року, за метафоричним висловом журналіста, були такими, коли кожен харків'янин кожного дня міг померти. Хоча, звісно, між мирним життям і життям солдата існує грандіозна відмінність. Шукаючи для себе допомогу, люди, які виїздили з місць помешкання і знаходили притулок у таких само пересічних громадян, більшою мірою відчують погіршення фізичного здоров'я, ніж психологічного. У них не настільки різкий перепад реалій життя, як у військових, і здебільшого даються взнаки недомагання з боку органів і систем організму, нервів, судин, серця, опорно-рухового апарату, зору. Фахівці виявили, що внутрішньо переміщені особи серед типів підтримки найчастіше обирають не психологічну, а медичну, звертаючись по неї не так до лікарів, як до аптек. *За психологічною чи психотерапевтичною консультацією лише кожний п'ятий звертається до волонтерських центрів і спеціалістів*, як показало дослідження фахівця з США (Roberts) у 2019 р. Решта вважає, що в змозі покращити власний стан самотійно. Називаючи причини небажання звертатися до фахівців, вимушені мігранти зауважують, що в таких зверненнях немає потреби, адже можна просто прийняти медикаменти. Їх зупиняють і необхідність платити за медичні послуги; і складність щодо порозуміння з медичними та соціальними працівниками. Відповідно, за різними видами підтримки вони звертаються до тих, кого добре знають, кому довіряють, тобто до членів власної сім'ї, знайомих, друзів. Водночас забезпечити стійку психологічну декомпресію, пом'якшити наслідки воєнної травматизації має насамперед *соціально-психологічний супровід*. Тому ми розглядатимемо його як *вагому складову процесу відновлення і підтримання психологічного здоров'я особистості*, її здатності відчувати психологічний добробут. Як відомо, після тривалої травматизації внутрішніх ресурсів людині не вистачає. І саме супровід стає



вагомим додатковим ресурсом у процесі відновлення її життєвих сил. Оптимізуючи комунікацію із значущим середовищем, *супровід сприяє вирішенню нагальних життєвих завдань людини, пов'язаних чи то із самореалізацією в професії, чи з тривалою реабілітацією після поранення, чи з підвищенням економічного статусу.* А нерідко всі ці проблеми постають водночас і потребують вирішення майже одночасно, і тут без супроводу не обійтися. Існують вимоги до супроводу:

важливо, щоб супровід був м'який, ненав'язливий, не директивний;

щоб той, хто супроводжує, умів без слів відчутти емоційний стан, зрозуміти потреби супроводжуваного, зануритися в його буденність;

той, кого супроводжують, поступово відкрився, відчув довіру до свого супутника, симпатію до нього.

І тоді внутрішні ресурси виснаженої людини завдяки наданню їй ресурсів зовнішніх, додаткових будуть поповнюватися, що підсилить здатність людини справлятися з горем, страхом, апатією, безпорадністю. Знаючи, що її супроводжують, людина має повсякчас відчувати, що вона не сама у своїх стражданнях, у неї тепер є надійний попутник. І це вже вагомий ресурс, завдяки якому її бачення пережитої травми буде змінюватися, поглиблюватися, набувати більш конструктивного характеру. Надалі болісне минуле поступово прояснитиметься, осмислюватиметься в його зв'язках із сьогоdnішнім днем, з найближчим майбутнім.

Важливим є акцент на подоланні, що передбачає *розуміння власної ролі в тому, що довелося пережити та подужати.* Кожен такий крок потроху повертає людину до життя, створює умови для все більш активного проектування подальшої активності. Швидкість відновлення психологічного здоров'я після отриманих травм забезпечується тривалою дією сімейних, дружніх, професійних зв'язків на особистість постраждалого.

Спосіб контактування з постраждалим і контекст, у якому здійснюється вплив, мають вирішальне значення для полегшення реінтеграції в соціум. У супроводжувальній взаємодії беруть участь кілька сторін, що впливають одна на одну. Так, *середовищем супроводу ветеранів зазвичай є групова взаємодопомога, взаємодія комбатантів, побратимів, волонтерських об'єднань*. Загалом же до взаємодії залучені так звані *агент, реципієнт і реальна життєва ситуація*.

Щоб специфікувати соціально-психологічний супровід, розгляньмо, *чим він відрізняється від соціальної підтримки і психологічної допомоги*.

По-перше, соціально-психологічний супровід не є рядом окремих інтервенцій. Це зазвичай досить тривалий процес конструктивної комунікації між агентом і реципієнтом. Супровід розрахований на певний проміжок часу.

По-друге, соціально-психологічний супровід не є директивною, авторитарною взаємодією. Він занурений у реальне повсякденне життя людини, й особливі, довірчі відносини, що складаються між реципієнтом і агентом, забезпечують його недирективний вплив.

По-третє, соціально-психологічний супровід рідко зосереджується на одній окремій активності людини, яку супроводжують. Він передбачає різнобічність впливів на основні сфери життя реципієнта і має комплексний характер. Постраждалі більшою мірою залучаються до спільної діяльності, краще реінтегруються в суспільне життя за умови, що в роботі з ними беруть участь водночас кілька агентів соціально-психологічного супроводу (професіонали-психологи, члени сімей, волонтерські об'єднання тощо).

По-четверте, соціально-психологічний супровід зазвичай непрямий, опосередкований на відміну від психологічної допомоги. Якщо психологічну допомогу надає безпосередньо людина людині (психотерапевт, волонтер, член сім'ї), то психологічний супровід спирається, крім безпосереднього

контакту агента з реципієнтом, і на контакт, опосередкований спільнотою, обумовлений комунікативною взаємодією.

Говорячи про *принципи соціально-психологічного супроводу*, варто спиратися на загальні, базові гуманістичні принципи роботи соціального працівника і психолога-практика. Це передусім *повага* до цінностей людини, її життєвої історії, індивідуальної своєрідності, неухильна підтримка її прав і незавдання їй шкоди. Можна виділити також *більш операціональні принципи послідовності, системності, наступності в реалізації змісту соціально-психологічного супроводу різних категорій постраждалих*. Ці принципи передбачають організацію супроводу на різних рівнях – від особистості до держави. Соціально-психологічний супровід, організований системно, послідовно і з урахуванням наступності зусиль, має складатися з *трьох груп практик*:

- індивідуальних мікропрактик, що стосуються окремих людей;
- групових мезопрактик, що охоплюють сім'ї, певні професійні групи;
- макропрактик, спрямованих на мережі віртуальних і реальних спільнот, організації, соціальну політику держави загалом.

До перешкод, що ускладнюють соціально-психологічний супровід, слід віднести:

- брак неперервності надання послуг,
- обмеженість комунікації між різними надавачами послуг, спеціалістами та організаціями,
- недостатня поінформованість,
- недовіра населення до агентів супроводу,
- нестача ресурсів на отримання допомоги.

Ефективність операціональних принципів соціально-психологічного супроводу підвищується за участі не лише спеціалістів психологів, а й підготовлених *волонтерів*. Важливо активно залучати до цього процесу саму людину, якій надається підтримка. Не менш значущим є і *принцип раннього втручання*, коли процес психологічної декомпенсації тільки починається. Лише пріоритет інтересів супроводжуваного та постійний інформаційний обмін між усіма учасниками процесу забезпечують чітке усвідомлення всіма учасниками взаємодії свого аспекту діяльності, злагоджену координацію зусиль мультидисциплінарних команд.

Якою має бути спільнота, щоб забезпечувати ефективний супровід? Насамперед вона має бути ресурсною для реципієнта, тобто забезпечувати діалогічну взаємодію побратимів, комбатантів, внутрішньо переміщених осіб, волонтерських організацій, певних державних і недержавних структур.

Спільнота має знати про основні потреби реципієнта, розуміти їх і допомагати в їх реалізації.

Наступною характеристикою спільнот, сприятливих для соціально-психологічного супроводу, є їхня активність, готовність до взаємодії. Безумовно, не менш значущою є і зустрічна готовність з боку реципієнта до прийняття підтримки. Рівень такої взаємної готовності до співпраці може бути дуже різним, що позначається на її подальшій ефективності. Значущим є також бажання особистості активно долучитися до життя тієї чи іншої спільноти, сприяти взаємодії її членів. Підвищення відповідальності особистості за діяльність спільнот, їхнє колективне самовизначення великою мірою впливає на ступінь інтегрованості людини в певну групу.

Має бути наявність у житті людини можливості вибору спільнот, тобто їхньої мережі. Ідеться як про реальні, так і про віртуальні спільноти, готові взаємодіяти, відкриті для здійснення соціально-психологічного супроводу. Є підстави вважати, що багаті соціальні мережі, де людина активно проявляє

себе, покращують, полегшують її реадаптацію до умов мирного життя. Тому до соціально-психологічного супроводу можна віднести і заходи, які б забезпечували взаємодію спільнот між собою, їхню готовність до надання підтримки своїм членам, активність у залученні особистості до спільнотного життя з метою покращення її психологічного здоров'я та суб'єктивного добробуту.

**Отже, соціально-психологічний супровід варто розглядати як трифазний процес:**

- безпосередньої допомоги особі/групі;**
- допомоги особі/групі залучитися до мережі ресурсних спільнот;**
- підтримки спільноти в її прагненні допомагати особі та іншим спільнотам.**

Спрямованість супроводу на інтегральну підтримку особистості і відновлення її психологічного здоров'я може бути різною. Розпочинати інколи варто із сприяння професійному апгрейду, що передбачає відновлення на роботі, нове працевлаштування, навчання, професійну переорієнтацію та перекваліфікацію, відкриття власної справи. В інших випадках доцільніше зосереджуватися на сприянні апгрейду у сфері близьких стосунків. Ідеться про подолання відчуження, непорозуміння, ціннісних розбіжностей з родичами, колегами, друзями, про зусилля, спрямовані на збереження сім'ї, допомогу після розлучення. Серед практик супроводжувальної реінтеграції реципієнта до соціуму особливу увагу привертають інтенсивні комунікативні практики взаємодії та підтримки, а також фасилітація само- і взаємодопомоги. **Готовність до супроводу**, наявність довірчих стосунків між тими, кого супроводжують, і тими, хто супроводжує, створює сприятливі умови для відновлення психологічного здоров'я людини. **Екологічний супровід** передбачає зануреність у повсякденне життя супроводжуваного, врахування його рівня травмованості і реальної життєвої ситуації.

*Характеристиками вдало організованого соціально-психологічного супроводу є пролонгованість, недирективність, комплексність, опосередкованість.* Коли обирається форма соціально-психологічного супроводу, спосіб його організації потрібно зважати:

по-перше, на ступінь травмування реципієнта, його потребу в підтримці і допомозі, готовність до діалогічної взаємодії

по-друге, на можливості залучення певних агентів супроводжувальної взаємодії, наявність спеціалістів і відповідних спільнот

по-третє, на зміст життєвої ситуації, яка задає спосіб контактування з постраждалим, рівень відповідальності, що буде йому делегуватися, характер завдань, що вирішуються.

Травмочутливий соціально-психологічний супровід потребує:

- а) комунікативних практик поліпшення взаємодії агента і реципієнта;
- б) мультидисциплінарних заходів, що забезпечують взаємодію спільнот, їхню готовність до надання підтримки, залучення постраждалої особистості до спільнотного життя;
- в) фасилітацію само- і взаємодопомоги, спрямованої на відновлення психологічного здоров'я та реінтеграцію в суспільне життя.

**Горизонтальна структура супроводу**, яка розгортається на поверхні життя особистості, складається щонайменше із трьох компонентів

агента,

реципієнта

ситуації, в якій відбувається взаємодія.

Агентом здійснення супроводу може бути і близька для постраждалого людина, і професійний психолог, і соціальний працівник, і певна значуща

група, наприклад сім'я. Нерідко агентом супроводу стають певні спільноти разом із групою професіоналів. Реципієнтом може бути окрема особистість, яку супроводжують, група, наприклад спільнота ветеранів, внутрішньо переміщених осіб, об'єднаних за певною ознакою. Тобто спільнота може виступати і в ролі агента, і в ролі реципієнта супроводу. Третя сторона супроводжувальної взаємодії – реальна життєва ситуація, яка впливає на характер, спрямованість, інтенсивність взаємодії, рівень її конструктивності.

Інший спосіб побудови моделі супроводу можливий, коли за основу беруться її *динамічні, процесуальні характеристики*, що розгортаються поступово. У такому разі соціально-психологічний супровід розглядається як цілеспрямований і досить тривалий процес взаємодії. Відповідно, структуру супроводу можна представити як *послідовне розгортання окремих етапів*, кожен з яких має свою мету і спрямованість. Така структура апріорі рухлива, і зміст її трансформується на кожному наступному етапі.

1. На *діагностико-цільовому* етапі супроводжувальна команда оцінює рівень травматизації постраждалих, їхні очікування, актуальні запити, готовність до спільної праці. Вивчаються також часові, кваліфікаційні та інші ресурси самої супроводжувальної команди. З'ясовується діапазон майбутніх особистісних трансформацій агентів супроводу. Усе це сприяє постановці конкретних цілей супроводу та пошуку відповідних шляхів їх досягнення.

2. На *операційно-інструментальному* етапі апробуються засоби, прийоми, інструменти, практики супроводжувальної взаємодії. Усі ці форми роботи мають бути адекватними запитам і потребам реципієнта; мають відповідати можливостям агентів; мають враховувати обмеження, пов'язані з життєвою ситуацією. У деяких випадках до інструментарію включається низка просвітницьких та психогігієнічних заходів, спрямованих на близьке оточення людини, що здійснює її підтримку. У результаті оцінки проміжних результатів розробляються інноваційні діагностичні прийоми та освітня матеріали.

3. На *спільотно-комунікативному* етапі акцент на опосередкованому впливі через спільноти сполучається з практикою взаємодії професіоналів з різноманітними спільнотами, до яких уже залучена чи потенційно може бути залучена постраждала людина. Ідеться про реальні і віртуальні комунікативні мережі, групи взаємо- і самопомоги. Фахівці методично супроводжують цільові групи, здійснюють консультативну роботу, що підтримує мотивацію учасників процесу, сприяє переорієнтації практик подолання з деструктивних на конструктивні.

4. На *оцінково-корекційному* етапі здійснюється моніторинг взаємодії агента і реципієнта, аналізуються результати переінтерпретації та інтеграції травматичного досвіду. Відбувається коригування недостатньо ефективних та розроблення нових копінгів, що сприяють ре-соціалізації постраждалих. Моделюються перспективи та визначаються подальші пріоритетні напрями соціально-психологічного супроводу.

*Функції соціально-психологічного супроводу* умовно можна поділити на чотири групи: безпеки, стабілізації, зростання, інструментальні

До першої – **безпекової** – групи входять функції забезпечення захисту від подальшого травмування та запобігання ре-травматизації.

Другу групу складають функції *емоційної стабілізації*, подолання особистісної та комунікативної дисгармонії.

У третю групу включаються функції **посттравматичного зростання**, відновлення, підвищення психологічного добробуту особистості, що постраждала.

Велику четверту групу утворили функції **інструментальні**, що забезпечують якість і зміст супроводжувальної взаємодії, її значущість для агента і реципієнта.



Якщо розглядати функції супроводу з позиції реципієнта, то вони передбачають орієнтацію на відновлення і збереження психологічного здоров'я особистості. Супровід має суттєво покращувати комунікативну компетентність людини, її взаємодію з оточенням, здатність долучатися до життя спільноти, приймати і надавати допомогу. Якщо говорити про функції супроводу з позиції агента супроводжувальної взаємодії, то продуктивний супровід передбачає пильність тих, хто супроводжує постраждалого, їхню глибоку включеність у проблеми іншої людини, емпатійність, терпіння, вміння толерувати агресивні вислови та дії.

Провідна життєва позиція задає траєкторію подальшого особистісного життєконструювання і визначає роль соціально-психологічного супроводу в особистісних трансформаціях. Деякі люди пасивно чекають на підтримку і допомогу або навіть вимагають її від рідних, близьких, спільнот і державних структур. А деякі відчують потребу допомогти тим, хто пережив схожі випробування. І їхня життєва позиція стає радше донорською. Вони стають активними агентами соціально-психологічного супроводу, долучаються до роботи міждисциплінарних команд.

Організовуючи соціально-психологічний супровід, потрібно уникати ре-травматизації реципієнтів. Тому на перших етапах важливо робити акцент не на самих травмах, а на конструктивних змінах у житті, які вже відбулися після пережитого і відбуваються далі. Ще важливіше говорити про те, *куди людина хоче рухатися далі*, буде змінювати власне життя. На окрему увагу заслуговує роль, яку людина відіграє в подоланні наслідків травматизації. Вона може говорити про воєнні травми, про пов'язані з війною травми сімейні, травми в стосунках з близькою людиною. Чимало людей, говорячи про найважчу травму, описували стан горя, який переживали після загибелі побратимів, смерті когось із батьків, близьких родичів. Досить поширені у людей, травмованих війною, складні емоційні стани можуть викривлювати розуміння власних переживань та ставлення до світу, оточення, себе самого. І

все ж, за даними досліджень, більшість учасників бойових дій усвідомлює та асимілює набутий травматичний досвід. Ці люди справляються з пережитим за умови розуміння з боку найближчого оточення, систематичної підтримки рідних і близьких. Менше серед комбатантів тих, хто внаслідок сильної травматизації не має достатньо ресурсів для адекватної інтерпретації пережитого і потребує професійного соціально-психологічного супроводу. На жаль, їм часто не вистачає інформації з приводу наявності відповідних спільнот, що надають необхідну підтримку.

Супроводжувальній команді треба пам'ятати, що хоча травма вже в минулому, вона протягом тривалого часу може накладати свій відбиток на сьогодення людини. Травма сплавляє в єдине ціле минуле і теперішнє. Тобто людина переживає травму водночас і в минулому, де вона відчувала себе активним донором щодо суспільства, і у сьогоденні, де особистісна позиція може перетворитися на пасивну – реципієнтську. Показником асиміляції травми і готовності до реінтеграції стає поява нетравматичних життєвих контекстів. Люди починають розуміти, якою мірою їхнє майбутнє залежить від їхніх сьогоднішніх зусиль. Важливий крок супроводу – спільний пошук ціннісно-сміслових домінант, що сприяють вибору траєкторії особистісного руху після травми.

За новітніми даними досліджень:

*Серед комбатантів найпоширенішою є траєкторія, яку спрямовує цінність життя як такого. На другому місці траєкторія, що її визначає цінність близьких стосунків. Далі за поширеністю йде траєкторія, яку детермінує цінність безкорисливого служіння іншим людям, державі, соціуму. На четвертому місці – траєкторія, яку задає цінність саморозвитку. Найменш поширена серед комбатантів була траєкторія, яку визначає цінність кар'єрних досягнень.*

Після травми людина нерідко змінює основний ландшафт власного життя. Двома найбільш популярними ландшафтами за даними українських дослідників є екзистенційний і комунікативний. Перший незгаслої актуальності травми та реципієнтської особистісної позиції. Другий, комунікативний, свідчить про прагнення взаєморозуміння, пошук однодумців. Інакший варіант реципієнтської позиції проявляється у комбатантів, які обрали для себе менш поширений прагматичний ландшафт. Для тих, хто вибудовує ландшафт служіння, головним мотивом життєвої історії стає діяльність, яку військові обирають заради прагнення захищати свою країну. У тих випадках, коли в центрі уваги стоїть самовдосконалення, людина обирає ландшафт саморозвитку, і для обох цих ландшафтів донорська особистісна позиція щодо суспільства превалює.

Головне, що дає людині соціально-психологічний супровід, – це ***пробудження бажання змінювати власне життя.***

Аналіз *життєвих цінностей учасників бойових дій* показує, що саме цінність життя як такого задає напрям руху у майбутнє. Відповідно, одним з найпоширеніших життєвих ландшафтів стає екзистенційний. Тривалість руху цим ландшафтом залежить від сили травмування, ресурсу життєстійкості, наявності підтримки. Людина затримується на болісній екзистенційній території стільки, скільки потребує для осмислення травматичного досвіду та усвідомлення нових можливостей. Якщо травми пережито, змінюються й ціннісні траєкторії й життєві ландшафти. Зокрема комунікативний, служіння, самореалізації, прагматичний. Перебуваючи в комунікативному ландшафті, учасники бойових дій прагнуть відновлення довіри, шукають однодумців, цінують взаємну підтримку, стають більш відкритими і толерантними. Якщо головним мотивом життя стає діяльність, якої військові прагнуть заради захисту своєї землі, родини, рідного краю. Тоді їхнім життєвим ландшафтом стає ландшафт служіння. Якщо в центрі уваги процес самовдосконалення, обирається ландшафт саморозвитку. Прагматичний ландшафт властивий тим

реципієнтам, травми яких були не дуже глибокими. Навпаки, коли життєвий ландшафт після травмування набуває рис відчуження, зневіри, байдужості, то без професійно організованого і пролонгованого соціально-психологічного супроводу не обійтись.

Якими *способами самодопомоги* найчастіше користуються учасники бойових дій? До базових способів подолання наслідків воєнної травматизації (копінгів) можна віднести *копінг пошуку підтримки* з боку сім'ї і товаришів; *копінг пошуку опори шляхом підвищення зануреності в професійну діяльність*, службу та шляхом *підтримки менш досвідчених підлеглих*, підвищення відповідальності за них; та *копінг пошуку опори в самому собі* через поглиблене вивчення власних можливостей самореалізації, подальшого саморозвитку. Що ж до *додаткових копінгів*, то серед них військові, які мають воєнні травми, називають насамперед такі види активного відпочинку, як *заняття спортом* (“пробіжки, які допомагають справлятися з проявами люті”), *фізична праця на городі*, *самостійні походи в гори* на кілька днів, *подорожі*, які допомагають забути пережите. Рідше згадується більш пасивний відпочинок (поїздки за кермом, книжки із саморозвитку, вивчення англійської, перегляд хорошого фільму, навчання в університеті). Не часто, але все ж трапляються і такі копінги, які не приводять до зростання рівня психологічного добробуту (вживання алкоголю, підготовка себе та інших до найгіршого, навичка менше брати до серця, зростання байдужості). Серед військових, які переживають під час війни сімейну травматизацію (зраду, розлучення), найбільш поширеним копінгом стає пошук опори в самому собі, робота над собою. Серед додаткових способів самодопомоги, крім активного і пасивного відпочинку, називають також звернення до Бога, молитовні і медитативні практики. Для військових, які пишуть про важкі втрати як про найтяжчу травму, способами самодопомоги стає активна турбота про рідних загиблого, які теж переживають втрату близької людини. Крім піклування про членів сім'ї загиблого, його дітей, способом досягнення психологічного добробуту після травми стає підвищення відповідальності за власний

особистісний, професійний розвиток. Активізація контактів з рідними і друзями – теж поширений спосіб підвищення рівня власного психологічного добробуту. Режим повної зайнятості, якщо вона викликає інтерес людини, теж є вагомим способом самовідновлення.

Спираючись на соціально-психологічний супровід, що несе ресурсну комунікацію, та прийняття життєствердних аспектів пережитого, людина відчуває бажання змінювати себе і покращувати життя. Стратегії супроводу підштовхують до осмислення і прийняття минулого з подальшою інтеграцією набутого під час випробувань досвіду в загальну історію власного життя. Надалі забезпечується більш адекватна оцінка теперішнього та бачення самостійних можливостей підвищення рівня психологічного добробуту.

Досвід країн, які пережили війни і широкомасштабні заходи щодо реадaptaції комбатантів до умов мирного життя, свідчить про тривалі наслідки цих подій. Забезпечення ефективності соціально-психологічного супроводу українських ветеранів, волонтерів і членів їхніх сімей, напевне, буде актуальним довгі роки. Після активної участі у воєнних діях значна частина ветеранів і волонтерів відновила. Та внаслідок загибелі побратимів і переживань імовірності власної смерті інша їх частина дістала фізичні та психологічні травми, які спричинили *деформації особистості*, актуалізацію внутрішніх конфліктів, викривлення адаптивності, порушення психологічної саморегуляції, що позначилося на родинному і соціальному функціонуванні. Їх можна віднести до *проблемних особистостей*, які не в змозі самостійно відновити власну цілісність і повернутися до звичайного життя.

Дослідженню соціально-психологічного супроводу адаптації ветеранів до умов мирного життя присвячено численні зарубіжні публікації і меншою мірою – вітчизняні. Доцільно звернути увагу на британські дослідження, які висвітлюють необхідність урахування феномена командп, що характеризує військовослужбовців у процесі взаємної підтримки. За даними Farrand з співавторами (2019) доречним є застосування принципу командо-творення і в

соціально-психологічному супроводі. Американський досвід також засвідчує, структурованість поведінки, уміння керувати часом, командний менталітет є важливими для ефективності супроводу, а всі ці навички ветерани набували під час виконання військових завдань. Важливо спиратись на переживання спорідненості й належності до єдиної спільноти, набуте ветеранами в процесі подолання військових проблемних ситуацій. Ветеран і його сім'я мають відчувати себе частиною суспільства.. Зарубіжні дослідники зазначають про поєднання знань і практик забезпечення психічного здоров'я і миротворчої діяльності в подоланні конфліктів.

Ветерани мають значний соціальний капітал, який вони здобули під час військової служби. Досвід командо-творення може сприяти підвищенню ефективності функціонування певних соціальних організацій, стати в пригоді у сфері власного бізнесу (Team-Building Advice From the Veterans, 2018). Психологи, соціальні працівники залучають військовий досвід ветеранів для підвищення ефективності супроводу. Із їх числа рекомендується готувати більш підготовлених радників – своєрідних фасилітаторів співпраці, які б мали досвід успішного переживання таких складних проблем, як опанування посттравматичних станів, наркозалежної і суїцидальної поведінки, досвід надавати необхідну допомогу тим, хто її потребує.

Цінний досвід роботи з методики “рівний – рівному” напрацьовано американськими фахівцями щодо реадптації молодих ветеранів до навчання в коледжах. Розроблена програма-порадник для ветеранів, що вступають до коледжів, яка поєднує ветеранів-вступників з успішними однолітками – ветеранами-студентами. Останні виконують функції радників (peer advisors), забезпечуючи надання допомоги в будь-яких проблемах, з якими ветерани стикаються в житті коледжу чи поза ним. Запущена веб-платформа містить навчальні модулі для нових радників і додаток, що дає змогу відстежувати роботу, яку виконують вступники (Peer Advisors, 2019). Такий досвід може бути корисним для наших ветеранів. В українському досвіді слід виділити Т.

М. Титаренко (2020), яка висунула теорію посттравматичного життєтворення та розробила концепцію соціально-психологічного супроводу комбатантів.. В. В. Горбунова, А. Б. Карачевський, В. О. Климчук, Г. С. Нетлюх, О. І. Романчук, спираючись на ідеї посттравматичного зростання, розвитку стресостійкості, пропонують програму підтримки з рекомендаціями для ведучих груп щодо мотиваційних інтервенцій для ветеранів, стилю й форми роботи, тривалості та частоти занять тощо. Важливим також є доробок М. С. Дворник яка пропонує застосовувати засоби дистанційної психоедукації. Програма супроводу, розроблена фахівцями Києво-Могилянської академії в межах діяльності *Центру психосоціальної реабілітації*, створеного за допомогою міжнародних організацій, та підтримана Київською міською адміністрацією, відповідає світовим стандартам і базується на ефективних практиках, зокрема на досвіді “Ізраїльської коаліції травми”, стандартах ВООЗ і ЮНІСЕФ. Досить добре у вітчизняних концепціях соціально-психологічного супроводу ветеранів опрацьована методика “рівний – рівному”. Як правило, найбільшу успішність ця методика демонструє в групових тренінгах і під час проведення груп взаємодопомоги (*Соціальна адаптація ветеранів за принципом “рівний – рівному”, Громадська організація “Побратими”, pobratymy.org.ua*). Серед державних організацій показав свою ефективність Чернігівський міський та обласний департаменти Міністерства у справах ветеранів та відповідні центри Міністерства, які безпосередньо опікуються ветеранами. Досвід Чернігівського національного технологічного університету оформився у створення “Школи соціально-психологічної допомоги”.

Відмітимо громадські організації “Епоха свідомості”, “Родина воїнів”, “Єдиний волонтерський центр”.

Для забезпечення ефективності проектів соціально-психологічного супроводу ветеранів важливо реалізувати принцип комплексності поєднання різних напрямів задоволення потреб ветеранів, визначення їхніх ресурсів та

умов, за яких цими ресурсами можна скористатись. З організаційної точки зору проекти соціально-психологічного супроводу доцільно засновувати на спільних угодах із зацікавленими організаціями про творче співробітництво, яке має на меті надання ресурсів для користувачів, обмін досвідом, проведення спільних заходів. До смислового, суб'єктного ядра системи такої допомоги належать команда ветеранів і волонтерів-лідерів, фахові практичні психологи, психологи-дослідники та викладачі.

У ході реалізації проекту “Школа соціально-психологічної допомоги” чернігівські фахівці виявили чинники, які сприяють і заважають досягненню цілей проекту, ресурси забезпечення його оптимальності. Під зовнішніми чинниками соціально-психологічного супроводу розумілися такі суспільні та родинні події, які впливають на стабільність, гармонійність психічного стану та загальний психологічний добробут реципієнтів. Як внутрішні чинники розглядалися прояви психічної цілісності та пружності, стресостійкість, адекватність реагування особистості на зміни життєвих ситуацій та відповідні зміни психічних станів. Внутрішніми деструктивними чинниками можуть поставати ті чи інші порушення цілісності психіки – посттравматичні стресові стани і розлади, внутрішні конфлікти, тривалі агресивні чи депресивні стани, психологічні захисти і копінг-стратегії в опануванні складних життєвих обставин. До умов, що прискорюють або уповільнюють дію чинників, сприяють або заважають їх реалізації, відносили життєві обставини, за яких відбувається дія чинників. Визначити чинники, ресурси та умови соціально-психологічного супроводу допомагає аналіз сторінок груп ветеранських і волонтерських організацій у Facebook, сторінки, пости й коментарі ветеранів і волонтерів блогерів, досвід спілкування з учасниками “Школи соціально-психологічної допомоги”

Військовий психолог Т. Мариніна серед психологічної проблематики зазначає “симптоми тривожності, соматизації, емоційне вигорання, які виникають на тлі нерозв’язаних соціально-економічних та інших питань, що



постають перед військовими та ветеранами, а також торкаються святого – їхніх родин”. На думку фахівця, загальною тенденцією є складнощі для багатьох ветеранів знайти роботу. Аналіз постів, повідомлень, коментарів ветеранів-учасників АТО/ООС показав, що зовнішніми провокативними чинниками є такі ключові слова, як “зрада”, “сепари”, “бюрократична тяганина”, “зневага до ветеранів”, “змова”, “інформаційна війна” тощо. Схожі чинники впливу на психологічний стан ветеранів, волонтерів і членів їхніх родин та ефективність соціально-психологічного супроводу мають місце серед таких волонтерських всеукраїнських і регіональних організацій, як “Повернись живим”, “Всеукраїнське об’єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО”, “Українська жіноча варта”, “Всеукраїнське об’єднання “Патріот” та ін.

Для опанування деструктивного впливу зовнішніх чинників Т.М. Титаренко з співавторами пропонує алгоритм, який напрацьовано ними під час психологічної реадаптації ветеранів і відновлення їхнього психологічного добробуту. Спочатку ми визначаємо почуття, емоцію, які викликала у нас та чи інша несприятлива зовнішня подія чи обставина (як правило, це негативне почуття злості, обурення, провини, ображеності, ненависті тощо), і фізичне відчуття його локалізації в тілі (за наявності; зазвичай це голова, груди, живіт, плечі, спина). У подальшому спілкуємося зі своїми негативними почуттями, приймаємо і опрацьовуємо їх за відповідною технологією переживання негативних емоційних станів. Коли досягаємо внутрішнього спокою, рівноваги, можемо більш адекватно реагувати на саму ситуацію та планувати свої дії щодо її вирішення. Водночас визначаємо зовнішні, позаособистісні чинники успішності супроводу. За рівнем впливовості йдеться насамперед про допомогу побратимів, волонтерів, їхню командну згуртованість. Також значуща роль належить родинній допомозі та допомозі громадських і державних організацій, відповідних соціальних служб. Як основні серед внутрішніх чинників збереження психологічного добробуту вказані посилення групової ідентичності взаємодію із внутрішнім спротивом,

особисту активність, відповідальність перед загиблими побратимами і їхніми рідними, а також відповідальність перед своїми родинами за власне і їхній добробут. На допомогу в досягненні психологічної цілісності, підвищенні рівня психологічного добробуту, більшої осмисленості свого життя для себе, своїх близьких і зовнішнього оточення використовується:

фасилітація,

мотиваційне консультування,

елементи супервізії, заохочення,

у певних випадках – спонукання,

сприяння розвитку само-мотивації та мотивування побратимів і посестер на позитивне вирішення власних і суспільних життєвих завдань.

Важливим чинником відновлення психологічного є *інтеграція субособистостей “воїна-захисника” і “миротворця-господаря”* своєї родини, громади, країни, перш за все серед лідерів ветеранів і волонтерів. Доцільно акцентувати увагу лідерів на персоналізації їхньої відповідальності за досягнення позитивних життєвих результатів побратимами, наснаження їх власним життєвим прикладом, спонукання до актуалізації життєздатності на відновлення психологічного добробуту тих із них, хто час від часу переживає стани безпорадності, залежності та суїцидальних думок. Серед внутрішніх індивідуально-психологічних ресурсів особистості психологічні можливості і здатності щодо переосмислення життєвих намірів і завдань, уміння та навички опановувати негативні стани та внутрішні конфлікти, перш за все *конфлікт суб-особистостей “ворога” і “захисника”*; здатності особистості до саморегуляції психоемоційних станів за рахунок використання технологій самодопомоги. Зовнішнім соціально-психологічним ресурсом є забезпечення і збереження сильних міжособистісних зв'язків, які склалися під час бойових дій, серед ветеранських і волонтерських спільнот. Особи, які були на війні неформальними лідерами, залишатися ними й надалі. Позитивні результати,

отримані лідерами, і їхній лідерський авторитет є вагомим ресурсом посилення ефективності соціально-психологічного супроводу членів їхніх спільнот.

У тих випадках, коли прояви комунікування мають стихійний або некерований характер, соціально-психологічна допомога має бути спрямована на зменшення негативних наслідків комунікативного стресу, забезпечувати пом'якшувальний ефект щодо мінімізації комунікативних ризиків, сприйняття підтримки (*perceived support*). Американські науковці підкреслюють вагомість міри усвідомленості, співчуття до себе та відчуття насолоди, що й пояснює зв'язок між сприйняттям соціальної підтримки і психологічним добробутом. Учені підкреслюють, що соціальна підтримка може бути підсилена засобами, що допомагають розвивати усвідомленість, почуття власної гідності та розширювати можливості для отримання задоволення (Wilson, Weiss, & Shook, 2020). В роботі з військовими, що мали симптоми ПТСР, встановлено, що сприйняття соціальної підтримки є вторинним результатом терапії та передуює послабленню симптомів ПТСР. Отже, посилення сприйняття соціальної підтримки може бути одним із способів допомоги щодо зменшення хворобливих симптомів (Bourassa et al., 2020).

Дослідження *гендерних відмінностей сприйняття соціальної підтримки* демонструє, що різні джерела сприйняття та отримання підтримки від матері, батька або близького друга впливають на засвоєння та екстерналізацію проблем і проявляються в самооцінці вже у дорослому житті. Результати показали, що отримана соціальна підтримка від батька опосередковано впливала на засвоєння та екстерналізацію проблем саме у жінок, але не в чоловіків. Також підвищена соціальна підтримка в період становлення зрілості з боку друзів може прямо або опосередковано бути корисною для жінок у колективі через підвищення їхньої самооцінки (Szkody, & McKinney, 2019). Опосередкованість впливу соціальної підтримки

вивчали китайські вчені. Серед китайських студентів проведено дослідження щодо виявлення факторів захисту студентів від ігрової залежності (дослідження проводилося до початку пандемії). Результати перехресного аналізу показали, що мета в житті, а не соціальна підтримка передбачала меншу кількість симптомів інтернет-ігрового розладу (internet gaming disorder). Причому соціальна підтримка і життєві цілі з часом демонстрували кореляції між собою. Виявилося, що життєва мета є ефективним, значущим фактором проти інтернет-ігрового розладу, а соціальної підтримки це опосередковує (Zhang et al., 2019). У фокус уваги багатьох дослідників усе частіше потрапляють питання щодо особливостей підтримки через соціальні мережі. Сучасні комунікативні ризики ставлять під загрозу задоволення життєво необхідних потреб особистості, а саме потреби в емоційному контакті, потреби в безпеці, прийнятті та любові. Тривала депривація комунікативних потреб негативно позначається на психічному і психологічному здоров'ї особистості. Так, дефіцит емоційного спілкування часто веде до розвитку неврозів і депресій. Дослідження підтверджують, що незадоволеність соціально-комунікативних потреб особистості послаблює такі компоненти психологічної стійкості особистості, як уявлення про себе, довіра, любов, терпимість, почуття спільності, почуття соціального статусу.

### **Рекомендована література**

1. Освітньо-наукова програма вищої освіти «Психологічна та соціальна реабілітація» спеціальностей 053 «Психологія», 231 «Соціальна робота» в галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки», 23 «Соціальна робота». Харків.: НУЦЗУ, 2023. (електронна бібліотека НУЦЗУ)
2. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
3. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 [Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX \(rada.gov.ua\)](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-IX)

4. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalykh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
5. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
6. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
7. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації /НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД – 2017. – 80 с.
8. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ // Спільнота EnableMe./ Форум підтримки та самопомоги для людей з інвалідністю, хронічними захворюваннями та їхніх родичів. <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazhdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895>
9. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine // <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>
10. Ilagan Gail T. War Wounded. Combat Stress Sequelae of 10ID Soldiers: Monograph / Gail Tan ilagan. – Ateneo de Davao University: Research and Publications Office. 2010. 156 pp. [https://www.academia.edu/13100081/War\\_Wounded\\_Combat\\_Stress\\_Sequelae\\_of\\_10ID\\_Soldiers](https://www.academia.edu/13100081/War_Wounded_Combat_Stress_Sequelae_of_10ID_Soldiers)
11. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry, 2010 Feb; 9 (1): 3-10. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x. PMID: 20148146; PMCID: PMC2816923.
12. Nazarov O.O. [Nazarov O.O.]. Psychologic traumatic features of professional fire-rescue units activities. Sciences of Europe (Praha, Czech Republic). VOL 3, No 13 (13) (2017) -P. 95-98.

## ЛЕКЦІЯ 5

### Інтегральні технології соціально-психологічного супроводу

#### План лекції

1. Взаємозв'язок компонентів реабілітаційної практики. Емпірія та наукові дослідження
2. Ключові позиції реабілітації військовослужбовців
3. Поняття про психотерапію службовців сектору безпеки та оборони

#### ***1. Взаємозв'язок компонентів реабілітаційної практики. Емпірія та наукові дослідження***

Кому доводилось бачити роботу професійної команди з військовим, врятованим із пекельного вогню на лінії бойового зіткнення, той назавжди запам'ятає, як важко і важливо психологам і медикам добитись від людини в такому стані розуміння хоча б того простого факту, що вона уже знаходиться не в окопі, а, скажімо, у медичному закладі. Команда фахівців спільними зусиллями домагається психологічного контакту, аби повернути реципієнту адекватне сприйняття дій оточуючих, і самої обстановки, надати військовому допомогу. Йому потрібна допомога з адаптації до такої зміни обставин і час, щоб оговтатись і дозволити медикам і всій команді фахівців приступити до справи.

Вельми характерна, широко відома з досліджень і з досвіду буденного життя під час війни, ситуація, коли людина в стані гострого стресу і в пост-

стресовому, доволі тривалому стані наче стає неспроможною розповісти про пережите жахіття. Наприклад, харків'яни, яких спіткали близькі обстріли, особливо ті, хто бачив смерть і страждання інших, полум'я, руйнування, чув жахаючі звуки вибухів або «хлопки» при зміні швидкості бомбардувальника, згодом відмічали, що після пережитого щонайменше протягом доби не могли промовити жодного слова про травматичні події. Таке захисне «оніміння» є зовнішнім проявом психічного стану, який у цілісності своєї симптоматики щільно пов'язаний з фізичними і фізіологічними наслідками гострого стресу. При спогадах і при спробі поділитись ними з близькими, чия допитливість може виявитись передчасною, людину наче «перемикає». Натомість виникає прискорене серцебиття, підіймається страх і категоричне небажання вийти з укриття, – з'являється психофізична картина панічної атаки. З досвіду деяких харків'ян, вони давали собі два-три дні після пережитого бути вдома нікуди не виходячи. Такі стани мають явно виражений соматичний і фізіологічний набір проявів: стрімкий адреналіновий викид у кров та підвищення частоти серцевих скорочень, стрибок артеріального тиску, напад істинної стенокардії або серцевого неврозу. Не дивно, що подібний стан змінюється знесиленням і апатією. В несприятливих умовах вплив накопичується і запускає механізми захворювань, опосередковано пов'язаних із ним. Нерідко можна бачити, як в аптеці люди, які вже на перший погляд вочевидь страждають на набряки, що спровоковані серцевою недостатністю і створюють надлишкову вагу, просять препарати валеріани. Проте їх ефект частковий і неоднозначний. Валеріана викликає застій у крупних судинах і отже застійні головні болі, а порушення тканинного обміну веде за собою гіпоксію мозку. Тоді як мозковий кровообіг суттєвим чином впливає не тільки на загальний тонус і мобільність людини, але на важливі функції вищої нервової діяльності, на ефективність психічної діяльності тощо.

Профілактика хронічних захворювань має багато сторін. Так само, як і реабілітація людей, втягнутих волею обставин або за родом служби в процес постійної боротьби зі стресом. *Один з аспектів комунікації з постраждалими*

є соціально-комунікативна техніка професійно грамотного спілкування, яке допомагає збороти негативний психічний стан і нарівні з медикаментозною терапією посприяти розрядженню накопиченого в реципієнта емоційного негативу. За положеннями наративної психології, у спілкуванні з фахівцем-психологом, який пропонує назвати, сформулювати, осмислити, дати аналіз подіям травматичного досвіду, формується здатність реципієнта до владання прийдешніми зовнішніми обставинами на основі самовладання. У рольовій реальності людини, з якою працює психолог, відбувається *переключення зі статусу постраждалого – на статус експерта подій*, позаяк формується спроможність до їх оцінки в об'єктивному вимірі. Це дозволяє реципієнту *інкапсулювати* болісні переживання, котрі доти домінували в суб'єктивній реальності. Ймовірно, психічний механізм таких процесів універсальний для будь-яких «кейсів» непозбутніх болісних, гіркотних переживань, – *пускових механізмів неврозу* по типу «подвійних послань» реальності («повернути не можна, забути неможливо»). Упертість подібних спогадів ілюструє, зокрема, робота американської фахівчині-арт-терапевта Мері Рорро (Rorro)<sup>1</sup>. Її доволі тривала практика роботи з ветеранами війни у В'єтнамі дозволила докторці і її колегам спостерігати потреби пацієнтів артикулювати і водночас тамувати болючі переживання і кошмарні сновиди, які переслідували їх роками після війни. «Співочий доктор» (М.Рорро включала в терапію свою скрипкову гру) обрала шлях розрядки такого негативу за допомогою спільного музичення.

Філіппінська психологиня Гейл Тан Ілаган (*Gail Tan Ilagan*), працюючи з подібними функціональними порушеннями (що зрештою спричиняються до цілого набору органічних розладів, зокрема ішемічної хвороби серця, а відтак ожиріння, важко усунених набряків, гіпоксії мозку), вживає засобів наративної психології. Вона присвятила главу своєї книги «Поранені війною» (*War Wounded*)<sup>2</sup> посттравматичним станам, зокрема історіям військовослужбовців

---

<sup>1</sup> <https://iammonline.com/event/iamm-with-you-in-conversation-with-mary-rorro-and-sydelle-ross/>

<sup>2</sup> Ilagan Gail T. *War Wounded. Combat Stress Sequelae of 10ID Soldiers*: Monograph / Gail Tan ilagan. – Ateneo de Davao University: Research and Publications Office. 2010 – 156 pp.

[https://www.academia.edu/13100081/War\\_Wounded\\_Combat\\_Stress\\_Sequelae\\_of\\_10ID\\_Soldiers](https://www.academia.edu/13100081/War_Wounded_Combat_Stress_Sequelae_of_10ID_Soldiers)



з травматичним анамнезом, що наразі виявив себе соматичними розладами (глава *Index Your Trauma – Познач Твою Травму*). Отже, на переконання дослідниці, позначення травматичного досвіду є першим кроком реабілітації. В аспекті реабілітації як частини соціально-психологічного супроводу такий крок означає відправний пункт реалізації комунікативної технології, звісно, розробленої у складі цілісної реабілітаційної стратегії. В поняттях наративної психології, якщо реципієнт зміг почати говорити – означає початок контролю над пережитим, до таких узагальнень Ілаган звертається в методологічному вимірі роботи. Беручи травматичний досвід до поля актуальної уваги, будь-який реципієнт, військовий чи постраждалий від війни мирний мешканець, спромагається оцінити ті події і починає займати більш захищену позицію в доланні стресу. Неймовірно здивування, з яким ти встиг побачити в небі спалах зірниць, шок, ступор, котрі не дають підступитися до себе з словесним коментарем, **навряд чи можливо позначити як страх** – у розумінні емоції нарівні з радістю, гнівом і печаллю. Такий стан емоційного зягання, відкритий до емоційної німоти, буквально нульовий, **стан точки відліку емоцій, є не що інше, як жах**. Жах несе величезний емоційний заряд і розражається руйнівними для фізичного і психологічного здоров'я психічними станами. Та якщо для пересічної людини, яка пережила обстріл у цивільній обстановці, повернення до своєї буденної діяльності буде питанням часу (звісно якщо такий досвід обмежиться поодинокими випадками), то в обстановці бойовій накопичення стресу сягає граничного рівня. І відтак необхідна комплексна ретельно розрахована командна допомога. Варіативність дій реабілітологів має в таких умовах спиратись на надійну продуману базу, на вивірені спільні дії медиків, психологів, а надалі соціальних працівників та представників професійного середовища, до якого належить реципієнт.

Ймовірно, пост-травматичний стресовий розлад (ПТСР) є найбільш досліджуваним явищем психічного та фізичного рівнів. Взаємозв'язок цих рівнів активно вивчається науковцями. В інтердисциплінарних дослідженнях, які застосовують нейробіологію для створення штучного пропріоцептивного

зворотного зв'язку, скажімо, між протезованою рукою та мозком реципієнта, способи взаємозв'язку та обміну процесів вищої нервової діяльності людини, психічного і психологічного рівня відтворюються та стають матеріалом для нейро-інженерних рішень. Тож аналізуючи симптоматику ПТСР, психологи та медики спираються на ґрунтовний базис психофізіологічних досліджень і простежують прямий і зворотний зв'язок між різними рівнями симптомів у короткому та віддаленому періоді післядії психотравмуючих випадків.

За спостереженнями американського дослідника А. Мак-Фарлана (A. Mc-Farlane. 2010), ознаки соматичних захворювань, як-от болі в опорно-руховому апараті, ожиріння, серцево-судинні недуги, можуть проявлятися на 7-му місяці після появи психологічних ознак ПТСР. Особливо стосується це військових і працівників екстрених служб, які спроможні тримати дистрес під контролем волі та розуму, але поспіль виявляється вся його руйнівна для організму сила. У майже 79% обстежених фахівцем військовослужбовців армії США справа стояла саме так. Щодо зв'язку фізичних та психічних рівнів травматичного досвіду, показовим є знаний приклад, коли людина після ампутації має фантомні відчуття кінцівок і болю в них. Волання про порятунок, які забезпечувались центрами вищої нервової діяльності, котрі відповідають за пропріоцептивний зворотний зв'язок, усе ще приймаються ними, але мозок уже «хибить», надсилаючи відповіді на ці сигнали в напрямі відтепер трагічно далекому від реальності.

Наведені приклади відносяться в основному до ситуацій, які передують реабілітації. Вони є базою для розуміння й опрацювання проблем і радше можуть бути схарактеризовані як показчики того, як саме має будуватися реабілітація як інтегральна та водночас ієрархічно структурована технологія. Ці приклади висвітлюють ландшафт психічного і соматичного порушення і показують його рельєф і як у ньому рухатись. Бо сама цілісність людського ества, що стає на спротив небезпеці, і підказує шлях, і водночас ховає його в стихійній не розчленованості психічних станів і переживань. З огляду на сказане, слід і враховувати такий показчик у плануванні психологічного

супроводу, медичної та соціальної реабілітації, і водночас відрізняти стани ургентні – від тих станів, коли реципієнт стає власно реабілітантом. Тобто коли медики, соціальні працівники, психологи мають справу з наявними, в певному розумінні усталеними фактичними статусами організму та психіки, фізичного та психічного здоров'я людини. Реабілітація – це планомірна, не поспішна робота, яка може тривати роками і після відносної компенсації порушень, з тією функціональною характеристикою, яку має реципієнт у статусі такого, який має потребу в реінтеграції і реадаптації.

Дослідження, які є в світовій науці та практиці, як і вітчизняні роботи з соціальної реабілітації, ґрунтуються на пріоритетному значенні медицини – реабілітаційної, регенераційної та прецизійної, залежно від індивідуальних і соціальних характеристик реабілітанта, можливостей медичних закладів та інших локацій медичної допомоги в фінансовому і технічному відношеннях.

Медичний, психологічний, соціально-комунікативний компоненти – це є основа структури соціальної реабілітації.

Слід розуміти, що соціальну реабілітацію, яка входить як частина до системи соціально-психологічного супроводу (1), відрізняють від соціальної реабілітації, яка об'єднує всі галузі допомоги реципієнтам і скеровується до кваліфікації осіб за функціональним станом (2). У загальному (2) значенні поняття соціальна реабілітація включає діагностику, орієнтовану на комісійні обстеження працездатності та дієздатності осіб і оцінку їх спроможності до соціально корисної праці. А от у якості частини (1) соціально-психологічного супроводу соціальна реабілітація є комунікація, техніка спілкування. Звісно, такі техніки доповнюють і роблять більш ефективним реабілітаційний процес нарівні з психокорекцією. І таким чином обидва значення поняття пов'язані одне з одним.

## ***2. Ключові позиції реабілітації військовослужбовців***

У літературі та різноманітних джерелах інформації, які доводять до нас реальний стан справ із соціальною реабілітацією військових, та в матеріалах численних форумів і конференцій (зокрема постійно діючого циклу зустрічей на базі БФ «Харків з тобою»<sup>3</sup>) відображається вельми непроста проблематика щодо відновлення стану здоров'я службовців, їх реінтеграції в суспільство та надолуження соціальних функцій, що зазнали згубного впливу війни. Надалі ітиметься про конкретні показники, однак у даному навчальному питанні нам важливо зрозуміти основні функціональні складові реабілітації військових.

Соціальна реабілітація як галузь охорони здоров'я стосується хворих – а не здорових людей, з якими працює, скажімо, психологія. Один з принципів суб'єкт-суб'єктної взаємодії у психології полягає в тому, що реципієнт (або, точніше, клієнт) у практиці психології є психічно здоровою людиною. Тоді як психоз – порушення психіки, психічна хвороба – є справою психіатрії як медичної галузі. Своєю чергою, медична психологія – це галузь медичних знань, щільно пов'язана з неврологією, оскільки вона займається неврозами – функціональними порушеннями нервової (в тому числі вищої на рівні ЦНС) діяльності людини. Таким чином, соціальна реабілітація як частина у складі соціально-психологічного супроводу принципово стосується контингентів із наслідками травм, психічно дієздатних, здорових, які страждають на ПТСР та інші можливі наслідки хронічного стресу, але не мають ознак психотичних розладів (психічних хвороб). Соціальна реабілітація як медична технологія – це універсальна стратегія, в об'рях якої людина постає цілісністю психічних і органічних функцій. Медицина займається хворими, тобто тільки тими з осіб, які мають медичний діагноз у будь-якому нозологічному вимірі. Військовий, який потребує реабілітації, може мати різні за їхньою видимою локалізацією наслідки бойових травм, але реабілітація передбачає, що допомоги потребує вся цілісність людського єства. Медичний вимір реабілітації в цьому сенсі є частиною відповідно цілісного впливу та допомоги, причому слід розуміти,

---

<sup>3</sup> 14 грудня 2023 року працівники НУЦЗ України брали участь у науково-практичному форумі з реабілітації, на 22 лютого 2024 року запланована зустріч з проблем психологічного зцілення постраждалих у війні дітей

що психічно хвора людина не може бути прийнята на військову службу (як і на абсолютну більшість цивільних робіт), тоді як функціональні розлади типу ПТСР, які зачіпають соціальну та поведінкову сфери, є нервовими, є скоріше чимось на кшталт неврозів, у психічно здорових людей і підлягають впливу з психокорекції. Тоді як соматичні захворювання, в тому числі у страждаючих на ПТСР, кваліфікуються по медичній лінії й підлягають терапії, в тому числі лікувальній (медикаментозній, оперативним втручанням та ін.).

З цієї причини є важливим поділ осіб з числа військовослужбовців, які потребують реабілітації, передусім за ознакою зворотності або незворотності отриманих на війні травм і порушень. Так, первинний контингент – це хворі, травмовані, поранені військовослужбовці і одужуючі із тимчасовою втратою або зниженням працездатності. З даним контингентом проводять корекцію порушених параметрів гомеостазу (гомеостатична терапія), підтримки рівня здоров'я, його відновлення у військовослужбовців з оборотними розладами. Особи, яким необхідно підвищення резервних можливостей організму, тобто є хронічні захворювання, з наслідками травм і поранень зі стійкою втратою працездатності та тимчасовою інвалідизацією, – у тому разі, якщо можлива позитивна динаміка відновлення, – це є вторинний контингент і відповідно знов-таки перспектива одужання. І ще одну категорію являє реабілітація тих хворих військових із незворотними морфологічними змінами в тканинах і органах, що спрямована на відновлення обмеженої дієздатності, компенсацію порушених функцій, вторинну профілактику захворювань і їх ускладнень, профілактику рецидивів через посилення компенсаторно-приспосувальних процесів. Тобто третій тип контингенту являють інваліди – учасники бойових дій із наслідками захворювань, травм і поранень із різним ступенем стійкої втрати працездатності. Це контингент, який потребує постійної реабілітації, тобто особи, яким призначається адаптаційна терапія.

Корекція психоемоційних станів, формування у військовослужбовців правильного ставлення до лікування, лікарських рекомендацій та виконання

реабілітаційних заходів становлять цілі психологічної реабілітації. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого військового до життєвої ситуації, яка змінилася внаслідок хвороби, та вирішити питання подальшого проходження військової служби, визначити його професійні якості. Цей вид реабілітації передбачає відновлення теоретичних знань і практичних навичок за основним фахом військово-облікової спеціальності, доведення їх до рівня знань і навичок, необхідних для виконання на належному рівні завдань за призначенням за раніше набутою військовою спеціальністю, або навчання нової військової спеціальності відповідно до фізичних і психічних можливостей, а також повернення військовому економічної незалежності і соціальної повноцінності.

З огляду на те, що статус соціальної спроможності військового має в основі медичний статус, соціальна реабілітація керується такими **ключовими термінами**:

**інвалідність, отримана на військовій службі**, – визначена соціальна недостатність внаслідок обмеження життєдіяльності військовослужбовця, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги та обмеження у виконанні службових обов'язків;

**соціальний статус військовослужбовця** – визначене положення особи, що несе військову службу, у військовому колективі або військового колективу в службових та особистих відносинах з іншими військовими колективами;

**військове середовище** – оточуючий зовнішній військовий світ – норми, закони, правила, традиції, які діють для військовослужбовця або військового колективу. Військове середовище – це умови існування військовослужбовця і військового колективу. За аналогією з **соціальним середовищем людини, яке являє собою порідну модель військового середовища**, під поняттям військове

середовище розуміють економічні, політичні, духовні, територіальні умови, що впливають на становлення особистості. Отже, соціальна реабілітація, в більш спеціальному (2) розумінні терміна (техніка грамотної комунікації для соціальної реінтеграції та відновлення) є однією з найважливіших у системі соціальної реабілітації в загальному (1) розумінні. Для військовослужбовця з наслідками психічної травми важливо відчувати увагу оточуючих, співчуття, отримати необхідну допомогу. Покращує настрій і позитивно позначається на стані травмованого відволікання уваги від зосередження на хворобливих відчуттях і уявленнях. Такий психосоціальний вплив має надходити не тільки від медичних працівників, але перш за все командирів і товаришів по службі військовослужбовця. *Соціальна реабілітація військовослужбовців як частина соціально-психологічного супроводу визначається змістом їх взаємовідносин у колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, поведінкою в процесі службової діяльності, виразністю інтересів.* Вплив соціального фактора передбачає коригування світогляду, життєвої позиції, активізацію соціальних ідеалів. Психосоціальний вплив здійснюється за посередництвом групової терапії (в широкому, не спеціально медичному смислі терміна), стимулюванням соціальної активності, зайнятстю суспільно значущими справами (роботою). Відчутно стимулює соціальну реабілітацію постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання листів, газет, журналів, прослуховування радіопередач і т.п. Вирішенню цих завдань має сприяти організаційно-виховна діяльність командирів.

З огляду на все визначене, з'ясуємо ієрархію соціальної реабілітації військовослужбовців у загальному (1) розумінні терміна і зробимо висновки.

Фундаментом є медична (лікувальна), фізична, над якою надбудовані рівні військово-професійної і психологічної реабілітації. Разом з соціальною реабілітацією у спеціальному (2) значенні психологічна реабілітація утворює систему соціально-психологічного супроводу.

*Медична реабілітація* – галузь медичної науки, яка вивчає механізм дії фізичних лікувальних чинників, розробляє відновлювальне лікування, оцінює успіх функціонального відновлення військових з патологіями. Існує думка, що надання першої допомоги в бойовій обстановці є початком медичної реабілітації, оскільки навіть невелике поліпшення стану військовослужбовців полегшує контакт із ними, підвищує їх віру в одужання. Заходи медичної реабілітації щодо психічної рівноваги реципієнта включають релаксацію, в тому числі транквілізаторами, що полегшує позитивний вплив на психічні стани. Важлива профілактика психічних розладів у військовослужбовців. Тут нема другорядного. Величезне значення має повноцінне харчування, дотримання гігієнічних норм. У процесі надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям із травмованою психікою в лікувальних установах застосовуються не лише медикаментозна терапія, а й фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж. Медичний вплив відкриває двері для психокорекції. Фахівці стверджують, що у 80–85% людей відновлення працездатності настає по завершенні програми медичної реабілітації. Фізична терапія – це застосування фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану і в подальшому працездатності хворих військовослужбовців.

*Військово-професійна реабілітація* передбачає заходи з відновлення в найкоротші терміни після травмування військовослужбовців їх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості повернення до повного обсягу цих завдань військовослужбовців здійснюється перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація).

*Психологічна реабілітація* – частина соціальної реабілітації у (1) більш загальному розумінні терміна. Психологічна реабілітація має також медичну складову у вигляді заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини, які мають відновити психічних та фізичних сил військовослужбовця з розладом



психічної діяльності до контрольного рівня, тобто здатності продовжувати проходити військову службу. Медична психологія та психотерапія межують по лінії характеру розладу і, відповідно, характеру впливу. Психолог працює на рівні корекції, психотерапевт – уже на рівні патології. Грань між ними є іноді доволі тонкою. За відомим висловом, «невротик будує повітряні замки, а психотик у них живе». ***Психологічна реабілітація – це система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів відновлення, корекції або компенсації порушених психічних функцій, особистісного та військового статусу військовослужбовця, що отримав психічну травму.*** Психологічна реабілітація військовослужбовців є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. За допомогою психологічних впливів можна знизити рівень нервово-психічної напруженості, відновити нервову енергію і таким чином сприяти прискоренню процесів відновлення в органах і системах організму. Психологічний вплив проводять для відновлення позитивного ставлення хворого військовослужбовця до родини, суспільства, військового колективу, до життя, та для попередження формування психічного дефекту у хворого військовослужбовця зі схильністю до самоізолювання. Лікування забезпечує компенсацію психічного стану, що дає змогу хворому тримати під власним контролем остаточні прояви хвороби.

Реабілітаційні заходи щодо хворих *із психічними розладами* проводять як у військовому, так і в цивільному ***психіатричному стаціонарі***, іноді в амбулаторних умовах. Медичний персонал контролює виконання хворим військовослужбовцем реабілітаційних заходів, в тому числі й *посильного трудового навантаження*, враховуючи індивідуальну схильність хворого та його інтереси. Соціально-психіатрична реабілітація в амбулаторних умовах надає змогу хворому військовому повернутися на службу або створює умови раціонального працевлаштування, сприяє формуванню корисних інтересів, доцільному використанню вільного часу.

### ***3. Поняття про психотерапію службовців сектору безпеки та оборони***

Основними **цільми психологічної реабілітації** військовослужбовців є 1) відновлення бойової і службової здібності, 2) попередження інвалідності, 3) соціальна адаптація. З'ясування цілей психологічної реабілітації дає змогу визначити її завдання, зміст, структуру, засоби, обов'язки органів управління, посадових осіб, з організації, здійснення та управління процесом відновлення психічної рівноваги військовослужбовців після екстремальної ситуації бою.

До завдань психологічної реабілітації належать:

встановлення характеру і ступеня нервово-психологічних розладів;

визначення індивідуальних особливостей реагування на травму;

розробка реабілітаційних заходів;

зняття психоемоційного напруження, дратівливості, страху комплексом впливів (психотерапевтичних, медичних, біологічних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних));

регуляція порушених функцій організму, корекція психофізіологічного статусу;

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

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

оптимальний вихід з психотравмуючої ситуації, адаптація людини до умов середовища (стимулювання соціальної активності військовослужбовця та організаційно-педагогічні методи);

оцінка фізичної, сенсорної та розумової працездатності;

професійно-психологічної реабілітації, при втраті профпридатності – переорієнтації;

орієнтування на продовження активної службової діяльності та виконання обов'язків військової служби;

вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації;

діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму;

оцінка ефективності та корекція (у разі необхідності) реабілітаційних заходів.

Ефективний вплив на військовослужбовця здійснює психотерапія. Психотерапія – це вплив лікаря та медичного персоналу на психіку хворого військовослужбовця з лікувальною метою. Психотерапія є лікування людини загалом, тобто лікувальна дія душі щодо організму завдяки впливу лікаря (наприклад, гіпнотерапія).

Іноді термін «терапія» поширюють на заходи конструктивного, в тому числі соціально-комунікативного та психокорекційного, впливу на стан психологічного здоров'я військовослужбовця. В умовах подібної розширеної інтерпретації зустрічається поділ на *непряму і пряму* психотерапію. *Загальна (непряма) психотерапія* описується як комплекс заходів сприятливого впливу (раціональна організація службової діяльності, у разі потреби і зміна роду занять; створення в підрозділі здорового соціально-психологічного клімату; відволікання від психотравмуючих переживань); мінімальна ізоляція від колективу; створення атмосфери, що заохочує активність; розвиваючі відносини у військовому колективі; корисна зайнятість військовослужбовців, виведених із психічної рівноваги. Психотерапевтичний вплив справляють бесіди командирів і медичних працівників, зміцнення надії на одужання,

турбота про відпочинок, харчування, лікування, увага чим переймається воїн, його переживаннями й думками.

*Спеціальна (пряма) психотерапія* – це сукупність спеціальних прийомів впливу на психіку військовослужбовця, що отримав психічну травму. Види такої психотерапії: **седативна**, спрямована на заспокоєння, ослаблення його хворобливих відчуттів або пом'якшення емоційного реагування на свій стан; **коригуюча**, покликана виробити правильне ставлення до події і послабити патогенну значущість причини його стану; **стимулююча**, яка має на меті мобілізацію компенсаторних механізмів і підвищення соціальної активності військовослужбовця; психотерапія, спрямована на **усунення патологічного стереотипу**, що зумовлює стійку фіксацію хворобливих симптомів.

Розглядають низку *доступних для застосування у військовій практиці прийомів* – під формою поняття психотерапії: раціональна психотерапія, суггестивна терапія та аутогенне тренування, трудотерапія, естетотерапія, натуртерапія.

*Раціональна психотерапія* ґрунтується на переконанні травмованого та наведенні фактів, доказів, що приводить її до змоги доходити потрібних висновків, включає в себе проведення бесід із військовослужбовцями, які логічно доводять можливість успішного лікування, підтримують бадьорість духу, волю до відновлення нормального стану. Раціональна психотерапія адресується до логічного мислення. Використовується авторитет командира (лікаря, психолога, досвідченого товариша по службі), переконання та ін. Психокорекція спрямовується на створення активної позиції травмованого військовослужбовця в подоланні хворобливих проявів, додання неадекватних емоційних реакцій і покращення відносин. Раціональна психотерапія – це логічне, аргументоване повідомлення військовослужбовцю того, що він не знає і не розуміє, здійснюване, як правило, у формі діалогу. *Суггестивна терапія* являє здійснення емоційного впливу на психіку військовослужбовця, тобто навіювання йому певних думок. Вплив на людину здійснюється двома

способами: навіюванням у стані сну (гіпноз) і навіюванням у стані неспання. У військових умовах більш доступний другий спосіб і може застосовуватися в різних умовах. *Навіювання – це цілеспрямований вплив, розрахований на некритичне прийняття реципієнтом навіюваного.* Його різновидами є *самонавіяння (саморегуляція) й аутогенне тренування.*

На відміну від цих прийомів психокорекції, *наркопсихотерапія* являє собою словесне навіювання на фоні неповного медичного наркозу, дійсно є терапією в справжньому розумінні та застосовується лікарями в лікувальних установах.

Застосування перерахованих прийомів зобов'язує командирів та інших посадових осіб такту, освіченості, педагогічних здібностей, уміння не тільки роз'яснювати, а й парировати заперечення, швидко вловлювати помилки в судженнях і використовувати для відновлення психічної рівноваги підлеглих.

*Естетотерапія* – лікування прекрасним, включає в себе бібліотерапію, музикотерапію, натуртерапію. Воїн включається в процес корекції психічних станів як глядач, сприймає форму, колір, життя природи. У *бібліотерапії* використовується прийом спрямованого читання, в основному це художні твори. *Музикотерапія* – це метод безпосереднього впливу на почуття, емоції, настрої, без словесного навіювання. Музика піднімає людину над буденним переживанням, допомагає долати хворобливі стани. Тоді як нав'язливий шум дратує, стомлює, позбавляє спокою, приводить у несамовитість; гнітюче діє і «гробова» тиша. *Натуртерапія (ландшафтотерапія)* – використання впливу природи, іноді застосовується як фон для психотерапії, яка неможлива без промови.

Реабілітація вимагає чіткого режиму дня (нічний сон не менше 8 годин; ранкова гімнастика; водні процедури; чергування праці та відпочинку; спортивні ігри, які не потребують складної координації рухів і напруженої уваги). Необхідним є усунення шкідливих звичок; переведення на полегшену

діяльність або поліпшення умов виконання обов'язків; регламентація службового часу; звільнення від нічних нарядів; обмеження фізичних і емоційних навантажень. У раціоні військовослужбовця реабілітанта мають переважати білки тваринного походження, багата на вітаміни їжа.

Наведені принципи і положення щодо реабілітаційних заходів мають втілювати в свою діяльність посадові особи частини (підрозділу). *Бойовий статут, накладаючи на командира відповідальність за керівництво морально-психологічним забезпеченням дій підлеглих частин та підрозділів, покладає на нього виявлення, вивчення, всебічну оцінку факторів, що впливають на морально-психологічний стан особового складу, визначення і постановку основних завдань, віддачу вказівок із морально-психологічного забезпечення бою, план морально-психологічного забезпечення бойових дій.*

*Організація командиром психологічної реабілітації підлеглих повинна здійснюватися за такими етапами:*

вивчення вимог керівних документів до організації психологічної реабілітації;

вивчення та аналіз морально-психологічного стану підлеглих;

визначення заходів відновлення психічної рівноваги військових, які отримали психічні травми;

віддання вказівок із психологічної реабілітації травмованих;

постановка завдань посадовим особам, залученим до заходів із психологічної реабілітації;

особиста участь у здійсненні реабілітаційних заходів;

здійснення контролю та надання необхідної допомоги виконавцям;

організація навчання і інструктування посадових осіб за методикою здійснення психологічної реабілітації;

вивчення, узагальнення та впровадження передового досвіду роботи з відновлення психічної рівноваги військовослужбовців;

доповідь старшому начальнику про морально-психологічний стан особового складу і роботи, що проводиться.

Важливість заходів збереження і відновлення боєздатності військових зобов'язує врахувати їх, зорієнтувати посадових осіб і визначити ступінь їх участі у вирішенні таких основних завдань:

зняття у військовослужбовців психічної напруженості та втоми;

швидке повернення на службу військовослужбовців, що не потребують ушпиталення;

евакуація військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми для надання медичної допомоги та проведення реабілітації;

відновлення боєздатності деморалізованих і дезорганізованих військових підрозділів.

Нині в Кам'янському на Дніпропетровщині відкрили сучасний реабілітаційний центр для ветеранів, учасників ООС та інших цільових груп населення. Про це повідомляється на сайті міського голови Кам'янського Андрія Білоусова. «У Кам'янському понад 1000 учасників і ветеранів ООС, і я радий, що хлопці зможуть отримувати тут висококваліфіковану медичну допомогу», – сказав Білоусов під час відкриття центру на базі комунального закладу «Міська лікарня № 5». Центр розрахований на 41 палату підвищеного комфорту. Проходити комплексну реабілітацію тут зможуть одночасно 100 пацієнтів.

Успішне вирішення завдань психологічної реабілітації визначається й умінням командира доцільно спрямовувати діяльність штабів, командирів підрозділів, структур МПЗ, військових психологів, медичних працівників, військових юристів, військових колективів, активу і громадських структур частини, спиратися на ці сили, забезпечувати їх взаємодію, використовувати їх можливості для підтримки високої бойової готовності, дисципліни і бойової згуртованості, збереження психічного здоров'я підлеглого особового складу. Психологічна реабілітація, будучи важливим складовим елементом морально-психологічного забезпечення діяльності військ, зумовлює підтримку стану боєздатності військовослужбовців, сприяє попередженню інвалідності, дозволяє відновлювати психічну рівновагу, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми. Являючи систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних та управлінських заходів, реабілітація передбачає застосування низки доступних способів впливу на особовий склад безпосередньо в частині, без евакуації деякої частини травмованих у лікувальні установи.

### **Рекомендована література**

29. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
30. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX (rada.gov.ua)
31. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
32. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
33. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
34. Тімченко О.В., Оніщенко Н.В. Установка на життя як фактор збереження фізичного та психічного здоров'я в умовах екзистенціальної загрози / О.В. Тімченко, Н.В. Оніщенко // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна № 981.



- Серія «Психологія». Випуск 47. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2011. – С. 173-177.
35. Eapen, Blessen C.; Murphy, Douglas P.; Cifu, David X. *Neuroprosthetics in amputee and brain injury rehabilitation*. *Experimental Neurology*; 287, 479–485. doi:10.1016/j.expneurol.2016.08.004
36. French, Margaret A.; Roemmich, Ryan T.; Daley, Kelly; Beier, Meghan; Penttinen, Sharon; Raghavan, Preeti; Searson, Peter; Wegener, Stephen та ін. (2022-06). *Precision Rehabilitation: Optimizing Function, Adding Value to Health Care*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 103 (6). с. 1233–1239. doi:10.1016/j.apmr.2022.01.154
37. Han-Jeong Hwang, Do-Won Kim, Janne M. Hahne, Jongsang Son, "Neural Engineering for Rehabilitation", *BioMed Research International*, vol. 2017, Article ID 9638098, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/9638098>
38. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 2010 Feb; 9 (1): 3-10. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x. PMID: 20148146; PMCID: PMC2816923.
39. Wade, Derick T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*. 2020 May;34(5):571-583. doi:10.1177/0269215520905112 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/>
40. Wang Shr-Jie, Bytyçi Ardiana, Izeti Selvi, Kallaba Melita, Rushiti Feride, Montgomery Edith, & Modvig Jens. A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0100-y>

## ЛЕКЦІЯ 6

### Медично-соціальні засади і критерії реабілітації контингентів сил безпеки та оборони

#### План лекції

1. Організація практики реабілітації на базі спеціальних установ
2. Сучасний розвиток реабілітації функціональних порушень і захворювань
3. Засади медичної реабілітації військовослужбовців

#### ***1. Організація практики реабілітації на базі спеціальних установ***

Стан здоров'я реципієнта, що характеризується як його функціональна спроможність, описується з точки зору фахівців як *набір характеристик згідно з базовими критеріями* і з визначенням того, чи здатна ця людина до професійної праці, до трудових дій загалом, до участі в життєдіяльності суспільства, її власного оточення. Є цілком закономірним, що реабілітаційні заходи будуються на засадах відновлення **здоров'я в медичному розумінні поняття**, і гомеостазу індивіда, без чого взагалі не є можливою ніяка його робота. Здорові, зважені рішення, адекватні дії в будь-якій сфері діяльності, особливо в роботі з людьми, неможливі без фізичної компенсації суб'єкта. Він має почуватись настільки благополучно, наскільки *самопочуття не становить для нього проблеми і не забирає на себе енергію продуктивної уваги до справи*. В іншому випадку, якщо навіть людина буде допущена до діяльності, то виникатиме небезпека низької якості і навіть шкідливого результату цієї діяльності для себе й інших.

Такого роду необхідність визначає провідну роль медичної складової в проведенні та оцінюванні результатів реабілітації фахівців мирних і воєнних професій. Медична складова має відносно самостійний статус і називається медична реабілітація.

**Медична реабілітація** — це комплекс заходів, що включає способи відновлення, стимуляції репаративних і регенеративних процесів, виявлення і зміцнення компенсаторних механізмів, корекції загальної резистентності організму та імунітету. Останнім часом у теоретичний вжиток увійшов такий термін, як **резильєнтність – життєстійкість** – що також є предметом уваги для фахівців-реабілітологів.

Медична реабілітація здійснюється в сфері **реабілітаційної медицини**. Своєю чергою, реабілітаційна медицина – система заходів охорони здоров'я, що реалізує в ній полі-дисциплінарний підхід. Йдеться про комплекс заходів, що поєднують у собі засоби кількох незалежних галузей медичної допомоги і не тільки її. Специфіка медичної реабілітації передусім полягає в націленості на відновлення або покращення функціональних здібностей, незалежності та якості життя та здоров'я людей після фізичної чи психічної травми. Тих, хто переніс хворобу, має інвалідність або хронічні захворювання. Але йдеться й про допоміжні, в даному випадку суміжні для медицини сфери забезпечення реабілітації – від технічних обладунків до духовних стимулів і мотивів. При цьому слід розуміти, що лікування або компенсація певної недуги, травми та ін. становить лише один, хоч і основний, базовий аспект повернення людині якнайбільш повноцінного функціоналу. Його **багатобічне надолуження і оцінка з позиції соціальної спроможності є професійним форматом медичної реабілітації індивіда**.

Слід розуміти, що реабілітація скеровується критеріями незалежної життєдіяльності. Причому допомога у функціональному відновленні людини і відповідно незалежне життя – це не тільки нормальні/нормалізовані фізичні функції, але й когнітивні здатності. У випадках незворотних функціональних

порушень – це спроможність діяти в режимі адаптації до нових обмежень. Потреби кожної людини унікальні.

Існує низка специфічних відмінностей медичної реабілітації від інших, передусім невідкладних заходів лікувальної діяльності. Реабілітація – це той процес стабілізації, на якому гострий стан уже вдалося купірувати, усунути найбільш критичні негаразди і порушення перших стадій лікування і перейти до питань «реставрації» фізичного та психічного здоров'я, психологічного добробуту людини. Відповідно, медичні послуги на етапі реабілітації людині можуть надавати не лише лікарі, але й інші професіонали – фізіотерапевти, ерготерапевти, психологи, логопеди. Реабілітаційні засоби мають широкий спектр втручань, включаючи фізичну терапію, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, медикаментозну терапію, дієтотерапію, регенеративну медицину, санітарно-курортне лікування, психологічну підтримку й психотерапію, мануальну терапію й масаж, адаптивний спорт, ерготерапію, логопедію, протезування, ортезування та допоміжні пристрої, відновлювальну та косметичну хірургію, комплементарні методи і спеціальну освіту. Медицина в якості реабілітації займається створенням системи засобів, що реалізується бригадою лікарів-спеціалістів. Вони спільно розробляють і впроваджують індивідуальний план відповідно до потреб реципієнта – фізичних, психічних, соціальних, професійних.

Слід пам'ятати, що медична реабілітація є базовий *спосіб* соціальної реабілітації. Якщо лікувальна діяльність у конкретному розумінні терміна має справу з так само конкретною патологією і покладає межі свого впливу згідно з ефективністювиліковування, то, так би мовити, горизонт реабілітації визначається баченням індивіда як одиниці працездатності. Існує нормативна документація на основі середньостатистичних показників з урахуванням віку, статі, антропологічних даних індивідів, яка орієнтує фахівців на свого роду стандарти придатності до певних видів діяльності, що практикується даним соціумом. Такі стандарти багато в чому залежать від специфіки суспільного виробництва і рівня науково-технічного прогресу. Наприклад, у розвинених

країнах практикується вузькопрофільна підготовка дітей і підлітків з деякими особливостями психічної діяльності, що не дають повноцінно соціалізуватись таким дітям, але не унеможлиблюють певні локальні трудові операції, а іноді й з застосуванням ними комп'ютерної техніки. У випадках, коли така робота належить до виробництва з високоприбутковими новітніми технологіями, у цих працівників є попри їхні особливості непоганий заробіток. Цей приклад є доволі красномовним щодо виокремлення видів людської діяльності як робіт, що за дієздатності людини як суб'єкта діяльності можуть кваліфікуватись у категоріях суспільно корисної оплачуваної праці. А це означає, що соціум має справу вже не з інвалідом, який очікує на попечительську допомогу від держави, а з працездатним елементом, який має бути задіяний у суспільному виробництві і повинен приносити їй користь мірою своїх, хоча й подекуди не зовсім повних, можливостей. То не дивно, що в сучасному соціумі бере гору функціональний підхід; це само по собі свідчить про ускладнення соціуму і про зростаючу необхідність для кожного працездатного, загалом дієздатного індивіда забезпечувати свою участь у суспільному та професійному житті, а з мінімальних шансів робити максимально можливі. Не випадково у нашому соціальному існуванні узвичаїлись уявлення про екстремальний спорт, про параолімпійські ігри, та посилюється інтерес до різноманітних біологічних добавок, енерджайзерів, засобів підвищення якості життя, витривалості та ін. В глобальному світі високий рівень ринкової конкуренції спеціалістів, і бути в формі попри все – це є хіба що не стихійний девіз сучасної людини. Такий стан речей суттєво підвищує мотивацію до відновлення людей після травм і спонукає і їх шукати ресурси, і фахівців із реабілітації – знаходити засоби їм допомогти, також конкуруючи у своїй сфері й водночас об'єднуючи зусилля.

Звісно, першою чергою йдеться про зворотні функціональні порушення та конструктивні сценарії відновлення психологічного добробуту особистості – тоді як у деструктивних випадках реінтеграція та ре-соціалізація вимагають від самої людини і від фахівців з реабілітації неабияких зусиль. З давніх пір

людські спільноти поцінювали чесноти, пов'язані зі зціленням ближніх, і віддавали належне чисельності життєздатних членів соціуму.

В різні часи історії життя кидало людським можливостям виклики – і в воєнні, і в мирні часи. Не слід думати, що реабілітація відносно широких мас людей є суто новітнім надбанням. Вона бере початок у житті стародавніх цивілізацій, розвивалася в релігійних організаціях і громадах середньовіччя і напрацювала техніки дуже різноманітного і розгалуженого впливу на стани фізичного й психічного самопочуття людини. Ранні практики та методи використовувалися для усунення функціональних обмежень, спричинених травмами, хворобами. Стародавні єгиптяни практикували лікування фізичних вад за допомогою лікувальної фізкультури, масажу, шин і пов'язок. Греки та римляни, наприклад, Гіппократ і Гален, рекомендували фізичні вправи та масаж для відновлювання при різних травмах та захворюваннях. Монастирі європейського Середньовіччя та більш пізні християнські організації доволі активно займалися питаннями допомоги хворим, недужним громадянам і це була одна з їхніх місій милосердя та рятування людей. Основи сучасної реабілітаційної медицини виникли на межі XIX-XX ст. Розвиток ортопедії, неврології та фізіотерапії пришвидшив темпи її становлення і надзвичайну затребуваність у роки першої та другої світових воєн. На сьогодні протези та інші пристрої, що надолужують нестачу фізичної спроможності інвалідів, на основі нейроінженерії, нейропротезування, комп'ютерних інтерфейсів на базі нейронних зв'язків і робототехніка дозволили далеко просунутись у питанні відновлення та адаптації в умовах обмежених можливостей. Практикується індивідуальна медицина. Стратегії реабілітації переслідують так само й здоров'язбережувальні цілі.

Напрями досліджень:

експериментальне та клінічне вивчення механізмів дії та взаємодії фізичних чинників природного та преформованого характеру, інших немедикаментозних засобів;

розроблення немедикаментозних і комплексних (поєднання немедикаментозних засобів і ліків) методів відновлювального лікування та профілактики різноманітних захворювань на всіх етапах медичної реабілітації (стаціонар, санаторій, поліклініка);

питання організаційно-методичного забезпечення в галузі фізіотерапії та медичної реабілітації.

**Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю (ВЦКРОІ)** — державна реабілітаційна установа національного значення Міністерства соціальної політики України.

Розташована в селі Лютіж (Вишгородський район, Київська область).

Є важливим підрозділом, покликаним до виконання функції держави з соціального захисту осіб з інвалідністю.

У ВЦКРОІ мають можливість пройти комплексну реабілітацію особи з інвалідністю, в тому числі діти з інвалідністю, 1-3 групи за направленнями регіональних і місцевих органів соціального захисту населення.

Створений 23 травня 2001 року згідно з указом Президента України на підставі Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».

Уповноважений законодавством України на соціально-трудова реабілітацію-адаптацію та надання соціально-медичних послуг визначеним категоріям осіб з інвалідністю за рахунок бюджетних коштів.

ована на території колишнього відомчого санаторію на березі Київського водосховища

Займає територію в 10,03 га. Площа навчальних та побутових приміщень складає 10 714 м<sup>2</sup>. У центрі може одночасно навчатися 140 людей з інвалідністю, які проживають у зручних кімнатах на 1-2 місця з усіма комунальними вигодами.

На території центру наявна інфраструктура для людей з інвалідністю, які пересуваються на колісних візках.

Проживання, навчання, харчування та лікування осіб з інвалідністю здійснюється повністю коштами державного бюджету.

Наразі ВЦПРІ очолює Авраменко Микола Леонідович, який є фахівцем з питань професійної реабілітації людей з інвалідністю та має наукові праці з цих питань.

За час свого функціонування ВЦПРІ здійснив професійно-медичну реабілітацію близько 3000 людей з інвалідністю.

### Професії

---

Бджоляр — 6,5 місяців

Взуттьовик з ремонту взуття — 5 місяців

Вишивальник — 10 місяців

Манікюрник — 3,5 місяця

Обліковець з реєстрації бухгалтерських даних — 10 місяців

Оператор комп'ютерного набору — 10 місяців

Секретар керівника (підприємства, організації, установи) — 7 місяців

Слюсар з ремонту автомобілів — 10 місяців

Черговий по поверху (готелю, кемпінгу, пансіонату) — 3,5 місяця

Швачка — 10 місяців.

Державна політика, спрямована на вирішення проблем громадян з особливими потребами, передбачає проведення активних заходів щодо поліпшення життєдіяльності інвалідів. А для цього слід об'єднати зусилля держави, роботодавців, неурядових, релігійних організацій, комерційних та



інших установ, організацій тощо. В результаті перспектива розвитку професійної реабілітації інвалідів проходить у правовому полі, що забезпечено Конституцією України, указами Президента України, Законами України, постановами КМУ, Деклараціями ООН про права людини, права інвалідів, а також взаємодією з державними та громадськими інституціями, міжнародними організаціями у вирішенні нагальних проблем інвалідів.

Прийнятий у 1991 р. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» сформулював мету державної політики щодо інвалідів, яка полягає у створенні правових, економічних, політичних, побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні й посильній трудовій та громадській діяльності.

Комплексне розв'язання проблем інвалідності передбачає:

правове регулювання соціальної політики щодо інвалідів;

матеріальне, соціально-побутове та медичне забезпечення;

комплексну багатoproфільну реабілітацію (абілітацію), створення реабілітаційної медичної, соціальної та професійної інфраструктури;

освіту та фахову підготовку;

працевлаштування та зайнятість інвалідів;

інформаційне забезпечення.

20 грудня 1993 року 48-ю сесією Генеральної Асамблеї ООН були прийняті Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Правилами охоплені всі аспекти життя людей з особливими потребами та заходи, спрямовані на те, щоб інваліди стали повноцінними громадянами своєї держави. ООН розробила для них чіткі директиви діяльності у найближчому майбутньому. Завдання держав - членів ООН -

відшукати джерела фінансування та підтримки інвалідів у контексті проблеми прав людини.

Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів проголосили: кожна людина та її потреби важливі для суспільства. Права людини універсальні. Для цього необхідно:

розробляти національні програми реабілітації для всіх груп інвалідів. В основі таких програм повинні лежати фактичні потреби інвалідів та принципи всебічної участі їх у житті суспільства та рівноправності;

нести відповідальність за створення правової основи для вжиття заходів з метою забезпечення повноціної участі інвалідів в житті суспільства та їх рівноправності. Держави повинні забезпечувати участь організацій інвалідів у розробленні національного законодавства, що стосується прав інвалідів, а також в оцінюванні цього законодавства. Держави несуть відповідальність за надання соціального забезпечення інвалідам та підтримки їхніх доходів;

забезпечити через компетентні органи розповсюдження з-поміж інвалідів, їх сімей, відповідних спеціалістів та широкої громадськості інформації щодо програм і послуг, призначених для інвалідів, в доступній формі;

організувати та підтримувати інформаційні кампанії, котрі стосуються проблем інвалідів та політики щодо них, наголошуючи на тому, що інваліди є громадянами з такими самими правами й обов'язками, як і інші громадяни. Необхідно спонукати засоби масової інформації, телебачення, радіо та газети, забезпечувати доступність їхніх послуг для інвалідів;

визнавати важливість в процесі створення рівних можливостей для людей з особливими потребами забезпечення доступності участі в усіх сферах життя суспільства осіб, які мають будь-які форми інвалідності;

забезпечити такі умови, щоб архітектори, інженери-будівельники та інші спеціалісти, які за своєю професією займаються проектуванням і створенням матеріального оточення, мали доступ до адекватної інформації щодо політики з питань, які стосуються інвалідів, та про заходи забезпечення такої доступності;

активно підтримувати входження інвалідів у вільний ринок праці, співпрацювати з організаціями інвалідів у всіх напрямках щодо реалізації прав інвалідів у сфері зайнятості;

заохочувати й підтримувати обмін знаннями та досвідом між організаціями інвалідів;

нести відповідальність за створення і зміцнення національних координаційних комітетів або аналогічних органів для використання національних координаційних центрів для вирішення проблем інвалідів.

В Україні питання осіб з обмеженими фізичними можливостями стосуються близько 2,66 млн. її громадян, які визнані, у встановленому порядку, інвалідами. Сьогодні для України проблема їхнього захисту набуває особливого значення у зв'язку з постійним зростанням їх частки в загальній структурі населення. За останніх сім років чисельність інвалідів в Україні збільшилась більш ніж на півмільйона осіб.

Основна умова та передумова для реінтеграції інвалідів у суспільство пов'язані з правовим, інформаційним, статистичним, економічним, науковим, науково-методичним, педагогічним, медичним, економічним, виробничим, соціально-побутовим, кадровим і фінансовим забезпеченням. Здійснення такого комплексу робіт створює належні умови для розвитку реабілітології для людей, які мають обмежені можливості, для їхнього повноцінного соціального життя.

Головною організацією в системі професійної реабілітації інвалідів визначено Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, що

створений на виконання Указу Президента України від 23 травня 2001 р. № 335.

За концепцією діяльності Всеукраїнського центру професійної реабілітації, планується розвивати такі напрями: створення в державі цілісної системи професійної реабілітації інвалідів і підвищення кваліфікації спеціалістів регіональних центрів професійної реабілітації, забезпечення сприятливих психологічних і правових умов та гарантій для реалізації права інвалідів на працю в суспільстві.

Виходячи з концепції Міжнародної організації праці, конвенції ООН з прав людини, що спрямовані на профілактику інвалідності, система реабілітації повинна розпочинатись у клініці, де знаходиться хворий після лікування тяжкого захворювання або травми, з реабілітаційного відділення. Такі відділення можуть бути кількох видів, але з-поміж них реабілітаційні відділення з фізичною та соціально-психологічною реабілітацією, а також реабілітаційні відділення з фізичною, соціально-психологічною реабілітацією і трудовою терапією дають людині змогу відновити навички виконання професійних рухів та реалізацію своїх здібностей.

Коли людина на цьому етапі не в змозі відновити свій стан, свої професійні навички, то вона направляється МСЕ до центрів професійної реабілітації, де проходить тестування на професійну придатність і, з урахуванням стану здоров'я, бажання, можливостей, здібностей, кваліфікації, продовжує своє навчання для отримання нової професії. Це дає людині можливість, з урахуванням нового стану здоров'я, інтегруватися на ринку праці як кваліфікованому працівникові чи фахівцеві.

Центри професійної реабілітації можуть бути двох видів: 1) для професійного навчання; 2) для перекваліфікації з набуттям нової професії, яка більш конкурентоспроможна на ринку праці та вища за кваліфікацією. До центрів професійної реабілітації також направляються інваліди для

отримання освіти та професійного навчання, котрі не мали можливості отримати професію раніше, або ж ті, хто бажає змінити кваліфікацію. Для цього вони повинні мати направлення Управління праці та соціальної політики.

За рівнем підготовки реабілітанти можуть дістати кваліфікацію кваліфікованого робітника, молодшого спеціаліста, бакалавра чи спеціаліста. Термін навчання повинен бути адаптований до індивідуальної програми реабілітації. Для активізації здібностей претендента повинна бути проведена синхронна робота фахівців з фізичної реабілітації, соціальних працівників та психологів на рівні соціальної реабілітації. Необов'язково, щоб реабілітанти навчалися чи проходили реабілітацію за одним визначеним терміном. Термін навчання, як і його форма, повинен бути адаптований до можливостей і здібностей інваліда, соціальних умов перебування. Але державні іспити та захист дипломної роботи повинні проходити без поблажливості до інвалідів, адже високий рівень знань і професійних навичок зробить випускників реабілітаційних центрів конкурентоспроможними на ринку праці.

Після закінчення навчання випускники повертаються в регіони, де вони можуть знайти роботу самостійно, або ж через центри зайнятості, на підприємствах чи організаціях, які оплатили їхнє навчання. Знайдуться, очевидно, бажаючі зайнятися підприємницькою діяльністю. Загалом було б доцільно створити спеціалізоване бюро чи службу в системі центрів професійної реабілітації для цілеспрямованого працевлаштування випускників таких центрів.

Але для вирішення основних питань професійної реабілітації потрібні висококваліфіковані фахівці зі сфер реабілітації, педагогіки, соціальної педагогіки, соціальної роботи, вищої школи, гувернери, фахівці з прикладної психології, менеджери для роботи з інвалідами, маркетологи, фахівці з інформаційних технологій. Якщо не будуть створені умови для їхнього зацікавлення роботою з інвалідами та з їхньою допомогою не здійснено

прориву кваліфікованих кадрів з числа інвалідів на ринок праці, то розбудова та створення нових реабілітаційних центрів професійної реабілітації і функціонування їх на рівні ПТУ не тільки не принесуть бажаного результату, але й відкинуть рівень розвитку реабілітаційних технологій ще на 12-17 років. При цьому слід взяти до уваги, що тільки на підготовку кваліфікованих фахівців з питань фізичної, соціальної та професійної реабілітації необхідно мати 9-10 років, а якщо ще додати 3-4 роки на організацію та формування сталої виробничої бази реабілітаційних центрів, то термін цей становитиме вже 12-14.

Отже, створення Всеукраїнського центру професійної реабілітації - це перший крок до впровадження системи професійної реабілітації інвалідів в Україні.

2. Сучасний розвиток реабілітації функціональних порушень і захворювань

Війна руйнує опори життя – та людське єство постає на спротив небезпеці. Цілісна сутність людини знаходить свої відповідники в стратегіях захисту й підтримки, зокрема відтворюваних інтегральною якістю соціальної реабілітації. Досвід реабілітаційних технологій на основі співпраці медиків, психологів, фахівців соціальної сфери та інжинірингу чимраз оновлюється, так само як потреби практики поряdkувати всезростаючим досвідом.

Ідеї до соціальної реабілітації базуються на положеннях реабілітаційної медицини. Серії реабілітаційних процедур, відповідно до стану здоров'я людини, сполучають медичні і соціальні засоби, що корелюють із конкретними функціональними ситуаціями. Індивід постає як певна структурно-функціональна єдність трудової одиниці. Жорстка приуроченість стратегій реабілітації до клінічного статусу реципієнта та чітка нормативність критеріїв дозволяють оперувати діагностичними даними у

виборі реабілітаційних технологій. В найновіших працях наголошується **засадне значення клінічної методології** в ієрархічній структурі, що її являє собою соціальна реабілітація, та її орієнтація на реципієнта щодо розробки та впровадження командою медиків індивідуального плану реабілітації згідно з його фізичними, психологічними, соціальними і професійними потребами. Медичні, зокрема лікувальні, заходи створюють умови можливості для всіх інших засобів відновлення якомога повноцінного життя. Вважається, що реабілітація може принести користь будь-якій особі з тривалою інвалідністю, що виникає з будь-якої причини, на будь-якій стадії хвороби, в будь-якому віці і може бути надана в будь-якому місці. Організація експертних мультидисциплінарних команд здійснюється на основі біо-психо-соціальної моделі хвороби.

Розвиток технологій реабілітації зумовлений досягненнями нейронауки та поєднанням методів регенеративної і реабілітаційної медицини. Відомо, що практика нейропротезування розвивалася з урахуванням нейробіології та включення біотехнологій та нейроінженерії в реабілітаційні установки, щоб полегшити відновлення для людей з ампутаціями та мозковими травмами. Ці програми можуть включати когнітивну протезну допомогу при порушенні пам'яті в осіб з травмами мозку, аж до міоелектричних протезів зі штучним пропріоцептивним зворотним зв'язком для осіб з ампутаціями верхніх кінцівок.

**Нейропротезування** - це пристрої, які можуть збільшити чи полегшити рухові, сенсорні, когнітивно-комунікаційні функції після травми через тиск на щільні мозкові та спинномозкові ланцюги. Взаємозв'язок реабілітації і нейропротезування зростає мірою поступу нейронауки, нейрофармакології, біотехнології та нейроінженерії попри те, що наука зі з'ясування конкретних біологічних основ регенеративних реабілітаційних підходів все ще перебуває в зародковому стані. Звідси очевидно, що якнайновіша емпірія дедалі більше проникає у «плоть і кров» нейрофізіологічних процесів, що дозволяє

фахівцям торувати нові канали зв'язку між терапевтичними техніками, через структури вищої нервової діяльності, з психічним світом, та, зрештою, зі сферою психологічного здоров'я людей, відновленню якого слугують засоби соціально-психологічного супроводження реципієнтів з наслідками травм і постраждалих від війни.

*Медичний аспект соціальної реабілітації є система технік і процесів реабілітаційного циклу, що працюють до пост-реабілітаційного періоду і протягом років з метою відновлення статусу реабілітанта як учасника суспільного виробництва або визначення його приналежності до пільгового контингенту.*

Новітні дослідження здебільшого характеризуються інтегративними та орієнтованими на базовий клінічний компонент підходами, які долучають на комплементарній основі соціально-психологічні заходи та психотерапію. Так само в аналізі результатів ураховуються психологічна та соціальна складові.

Так, фахівці Данського інституту проти катувань сумісно з Центром реабілітації жертв тортур (Косово) провели рандомізоване контрольоване дослідження серед жертв тортур і війни в Косово, на підставі якого визнали ефективною принаймні для європейців мультидисциплінарну реабілітацію за наступним алгоритмом. Тридцять чотири учасники були рандомізовані за групами втручання. Одні отримали комплексні процедури та полівітаміни, а інші полівітаміни поодиночі. Комплексне лікування включало 10 щотижневих індивідуальних 60-хвилинних сеансів когнітивної поведінкової терапії, котра базувалася на адаптації тривалої «терапії впливу», індивідуальні 20-хвилинні фізичні вправи з пристроями знімання біологічних показників *emWave* та 90-хвилинну групову фізіотерапію. Друга група отримала таке само лікування після того, як група втручання завершила свої сеанси. Результати даного дослідження фіксувалися в психічних, емоційних та фізичних показниках і довели, що понад третини випадків ПТСР успішно лікувалися в цей спосіб. Втручання враховувало специфіку кожного випадку, пов'язану з психічним



здоров'ям і хронічним больовим синдромом. Щодо функціонування особи та соціальних результатів, таких як рівень зайнятості, який збільшився майже на 15%, та місячна заробітна платня, яка зростає на 45-137%, відбулося помітне поліпшення, це стосується й спроможності до зусиль ручної праці. Почуття гніву і ненависті зменшилися.

Спеціалізація реабілітаційних практик стосовно контингенту й індивіда підвищує інтерес професіоналів до точної (прецизійної) медицини в практиці відновлення здоров'я. Йдеться зокрема про такі критичні компоненти системи точної реабілітації як (1) синергетичне використання різних дослідних конструкцій, (2) необхідність стандартизованих функціональних вимірювань, (3) важливість точних і тривалих заходів, (4) корисна функція комплексних баз даних, (5) важливість прогнозного аналізу і (6) необхідність системної та командної науки. Прецизійна реабілітація має потенціал, щоб революціонізувати клінічну допомогу, оптимізувати функціонал всіх людей і збільшити цінність реабілітації в охороні здоров'я.

Медичний аспект реабілітації набуває безпрецедентно важливого значення зважаючи на проблеми воєнного сьогодення. Не лише українські, а й закордонні дослідження вивчають життєдіяльність українців у воєнний час та прогнозують її особливості. Визначено зокрема, що вразливість та опір цивільних осіб у воєнний час залежать від трьох факторів: характер насильства, що спричиняє економічні, психологічні та соціальні порушення; ефективність копінг-стратегій, застосовуваних цивільними особами, залежно від економічних потреб, від націлювання противника; активності цивільних осіб, здатної впливати на дії збройних сил. Війни завдають великої шкоди цивільному населенню через економічні механізми (інфляція, порушення ринку, нестача продовольства, палива, втрата фізичного та людського капіталу), психологічні механізми (травма і втрата), соціальні механізми (переміщення, дезінформація та втрата довіри). Ці механізми нині діють по всій Україні, інфраструктура (включаючи школи та лікарні), ринки та цілі

громади руйнуються. Втрати в людському капіталі можуть бути особливо незворотними і тривати протягом багатьох поколінь. Дослідження показують, що, коли війна в Україні закінчиться, потрясіння у дітей, які постраждали від війни, можуть вести до довгострокових згубних наслідків, які будуть стійко впливати і після закінчення конфлікту, з довгостроковими наслідками для поколінь. Втрати людського капіталу усугубляються також примусовим переміщенням. Вища комісія ООН у справах біженців підрахувала, що майже 4,5 млн (близько 10% населення) покинули Україну з 24 лютого 2022. Втрати людського капіталу України у воєнний час, що мають місце через міграцію громадян у пошуках порятунку за кордоном, у статистичних показниках оцінюються від 6 204 600 чоловік, зареєстрованих на рівні глобальної спільноти на початку 2023 року, до близько 7 мільйонів на сьогоднішній день.

Таким втратам урядові інстанції України протиставляють такі заходи. З жовтня 2022 року на офіційному порталі МОЗ України опубліковано допис: «Лікування та реабілітація постраждалих від війни українців – безоплатна». Тобто «у нас працює ... єдиний медичний простір, ми разом із партнерами робимо усе можливе, аби громадяни України ... отримали потрібну медичну допомогу та ... реабілітацію. <...> Усі медичні огляди, лікування та ... реабілітація ...пацієнтів є безоплатною і забезпечується коштом державного бюджету у ...медичних закладах» [2].

**Як висновки** зазначимо наступне:

розвиток соціальної реабілітації характеризується приєднанням на її загальних методологічних засадах регенераційної медицини й інжинірингу (з безпосереднім включенням у поле реабілітаційної медицини), з одного боку, – та соціально-психологічного супроводження осіб з наслідками бойової травми, гострого та хронічного стресу, з іншого. Попри те, що в даному напрямку існує значний науковий досвід, болючі питання та практичні реалії воєнного сьогодення надають йому проблемної гостроти.

безпрецедентний, всезростаючий масштаб і багатобічність проблем соціальної реабілітації військових і мирного населення, зазначимо, не тільки українців, а й мешканців різних країн і регіонів у глобальному світі. Реальна допомога постраждалим від війни у масштабі соціуму є найбільш важливою з досліджуваних на сьогодні перспектив.

### 3. Засади медичної реабілітації військовослужбовців

Мультидисциплінарний підхід в українській реабілітаційній медицині є відповідним до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Отже, соціальна реабілітація постраждалих від війни як інституціональна система спирається на гарантії державних установ. Разом із тим, зусиллями самого соціуму – ініціативних груп і порталів для військовослужбовців з їх участю, рятівників, у тому числі професіоналів-психологів, волонтерів, соціальних працівників здійснюється допомога всім, хто потребує її й звертається до таких соціальних спільнот.

Подвижницька та невпинна робота, яку ведуть люди в погонах на фронтах війни, порятунку людей, ліквідації наслідків обстрілів і руйнувань, вимагає безмірної напруги всіх фізичних та психічних сил. В таких умовах протидія виснажливому, загрозливому впливу війни має бути невідкладною і необхідно включає діагностику і підтримку психологічного здоров'я. Фахівці харківської школи екстремальної і кризової психології розробили заходи та спеціальні програми для протидії стресовим факторам війни. Відмітимо дослідження переживань загрози життю, змістовно дотичні до воєнних подій сьогодення. Особливу увагу, в річищі розвідок щодо допомоги постраждалим від війни людям, привертає глибокий та поміркований аналіз переживань харків'ян на початку війни, який здійснила Н.В. Оніщенко. Дослідниця

виявляє динаміку психоемоційних станів, які подекуди є такими, що усугубляються і потребують комплексної допомоги.

Дослідження посттравматичних станів, що їм притаманно впливати на весь спектр фізичних і психічних ресурсів людини, утворили багатолітній, дедалі поновлюваний досвід, що на основі медичних фактів дає дороговкази соціальній реабілітації. Наведемо дані дослідження американського фахівця О. Мак-Фарлана. «Механізм ...ескалації симптомів, що приводить до ... посттравматичного стресового розладу, включає процес сенсibilізації і розпалення. <...> алоstaticне навантаження значною мірою пов'язується з фізичною захворюваністю, <як-от> хронічні болі опорно-рухового апарату, гіпертонія, ...ожиріння і серцево-судинні захворювання. <...> З плином часу рівень симптомів переступає поріг, достатній для постановки клінічного діагнозу. <Як> виявило дослідження важко поранених військовослужбовців США... 78,8% тих, які мали розлад <протягом> 7 місяців, не надали підстав для діагнозу після одного місяця. <...> Відбувається... ескалація або пізніша поява симптомів, особливо у військовослужбовців і робітників екстрених служб. <...> З теоретичного погляду, це, видимо, особи, що зуміли стримати індивідуальний дистрес адаптивними засобами, але подальші стреси та/або природне прогресування нейробіології привели до прояву симптомів. <...> Згадування травматичних спогадів є центральним компонентом ... відповіді на травматичні події... Запуск цих спогадів є наслідком... кондиціонування страху, що служить... розпалюванню підвищеного збудження... відбувається збільшення амплітуди відповіді на нагадування. <...> Деякі травми в бою і поліції не є еквівалентом однієї травматичної події... Бойова і аварійна робота передбачає неодноразові активації систем страху і стресу, які можуть бути причиною порушень регуляції». В дослідженнях з реабілітаційної медицини нерідко актуалізується той факт, що біологічні фактори травми можуть відігравати важливу роль у виникненні психічних розладів; зокрема пацієнти з травматичними ампутаціями можуть відчувати фантомні кінцівки і болі в них і вони є довготривалими тригерами в пам'ятанні травматичної події. За

даними досліджень у США, бойовий стрес міг спричиняти випадки суїцидальної поведінки у військовослужбовців. Втім, не завжди бойовий досвід та стрес-фактори є основною детермінантою суїциду в армійському середовищі.

Зрозуміло, що принципова різниця в діяльності військових та мирного населення в час війни означає докорінні розбіжності – як в інтенсивності, так і в динаміці їх реакцій на гострий і хронічний стрес. Дослідники, одностайні в тезі щодо інтегральності реабілітаційних заходів, скеровують свої розвідки до вивчення специфічних потреб різних категорій реципієнтів, як-от: осіб з інвалідністю; військовослужбовців і рятівників; матерів і дітей; волонтерів; особливостей допомоги постраждалому від війни мирному населенню.

Є закономірним, що соціальній реабілітації військовослужбовців наразі приділяється найзначніша увага, і в практичному і в дослідницькому вимірах. Так, теоретичний аналіз соціальної реабілітації військових провів заступник командира військової частини А3880 С.В. Базарний. Автор будує дискурс на специфікації поняття «соціальна реабілітація військовослужбовців», що вона «в умовах сьогодення виділяється в самостійну технологію клінічної та соціальної військової практики». Він розглядає два категоріальних рівні соціальної реабілітації – як багатовимірної системи і як соціально-комунікативної функції заходів з реінтеграції військовослужбовця в соціальне, а за змоги, професійне середовище.

Т.М. Титаренко подає соціально-психологічну реабілітацію як процес стимулювання життєтворчості зокрема військових, які мають травматичний досвід бойових дій. «Ландшафти життєдіяльності» в розумінні дослідниці – це періоди функціонального відновлення від посттравматичного стану, коли на реабілітанта ще чинять вплив екзистенціальні страхи та пережита бойова травма, і до стану готовності продовжити нормальну життєдіяльність, тобто нового рівня психологічного здоров'я.

Соціальна реабілітація військових, які отримали бойові психічні і фізичні травми, може виступати частиною справи соціально-психологічного супроводу. Але тоді соціальна ефективність буде оцінюватись за критеріями психічних станів. Інтерес справи і смисл соціальної реабілітації вимагають, однак, оцінки з позицій інтегральної реабілітаційної технології. Соціально-психологічне супроводження необхідне військовослужбовцям. Однак слід розуміти соціальну реабілітацію як систему на засадах реабілітаційної і регенераційної медицини, в якій дослідження динаміки фізичного здоров'я реципієнта поєднується з оцінкою його стану й у взаємозв'язку з показниками соціальної активності та психологічного здоров'я. А соціально-психологічне супроводження є стратегією допомоги, засобами психокорекції та методами відновлення психологічного добробуту (релакс, діагностичні та інші тематичні бесіди, вправи та ін.).

Замість загальних висновків з навчальної теми буде більш доцільним – *подивитись в обличчя фактам*, які красномовно характеризують нагальні потреби реабілітації та регенераційної медичної допомоги військовим.

Так, за даними WSJ, понад 50 тисяч людей утратили кінцівки. "Це стадіон, повний інвалідів. Цифра не є офіційною, і деякі з них пов'язані з множинною втратою кінцівок", - пише Sky News. За 18 місяців війни в Україні щонайменше в 10 разів більше солдатів зазнали ампутації кінцівок, ніж за 20 років війни американців в Іраку та Афганістані. Також видання стверджує, що на війні українці часто накладають джгут надто високо від рани і залишають його на надто довгий термін. Унаслідок цього відмирають клітини кінцівки, і видаляти доводиться цілу руку або ногу, а не тільки її частину, причому у жахливих умовах. За даними нещодавніх досліджень, не лише психічні травми, але *біологічні субстрати травми* можуть відігравати важливу роль у виникненні психічних розладів. Симптоми денервації та реорганізації кори головного мозку, відбуваються у пацієнтів з фантомними кінцівками, можуть сприяти порушенню нейронних зв'язків при ПТСР або

депресії. Аналогічно, при травмах хребта високий рівень перерізу спинного мозку гіпотетично впливає на ризик виникнення ПТСР, де денервація симпатичної системи може бути захисною.

В закордонних медичних дослідженнях ПТСР вивчається зв'язок між ПТСР та зловживанням алкоголем. У перехресному дослідженні, в якому взяли участь 2501 суб'єкт, вивчався зв'язок між ризикованим вживанням алкоголю та 11 типами травматичних подій. Травматичними подіями, пов'язаними з ризикованим вживанням алкоголю, були участь в аваріях, що загрожували життю, нанесення тяжких тілесних ушкоджень, зґвалтування, жертва серйозного фізичного нападу. У лонгітюдному дослідженні **469 пожежних**, які зазнали впливу стихійного лиха, ПТСР був пов'язаний як зі збільшенням, так і зі зменшенням споживання алкоголю, і ПТСР, а не експозиція зміни в поведінці щодо вживання алкоголю, були пов'язані з ПТСР, а не з впливом стихійного лиха. У трьох інших групах населення, пацієнтів психіатричних стаціонарів, жертв автокатастроф та ув'язнених жінок, зв'язок між ПТСР та зловживанням алкоголем підкреслює клінічну та медичну важливість і причинно-наслідковий характер цього зв'язку. Для прогнозування зловживання алкоголем після травматичних подій необхідно вивчити й інші фактори ризику. Після повернення з фронту українські солдати зривають агресію на родині. За перші п'ять місяців 2023 року поліція в Україні зареєструвала майже 350 тис. випадків домашнього насильства - на 51% більше, порівняно з тим самим періодом торік. Найчастіше від поганого поводження страждають жінки. Дружини військових скаржаться, що ті повертаються з фронту іншими, інколи невпізнаними. Великий рівень стресу створює конфліктні ситуації, а пияцтво призводить до ще більших скандалів.

Наведені факти характеризують найбільш болючі проблеми і найбільш невідкладні потреби медичної реабілітації військовослужбовців.

## Рекомендована література

41. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
42. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX (rada.gov.ua)
43. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
44. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
45. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
46. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
47. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>
48. Ilagan Gail T. War Wounded. Combat Stress Sequelae of 10ID Soldiers: Monograph / Gail Tan ilagan. – Ateneo de Davao University: Research and Publications Office. 2010. 156 pp. [https://www.academia.edu/13100081/War\\_Wounded\\_Combat\\_Stress\\_Sequelae\\_of\\_10ID\\_Soldiers](https://www.academia.edu/13100081/War_Wounded_Combat_Stress_Sequelae_of_10ID_Soldiers)
49. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry, 2010 Feb; 9 (1): 3-10. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x. PMID: 20148146; PMCID: PMC2816923.
50. Nazarov O.O. [Nazarov O.O.]. Psychologic traumatic features of professional fire-rescue units activities. Sciences of Europe (Praha, Czech Republic). VOL 3, No 13 (13) (2017) -P. 95-98.



## ЛЕКЦІЯ 7

### *Соціальна валеологія військовослужбовців і працівників сил безпеки*

#### План лекції

1. Валеологія як наука та практика
2. Здоров'я людини та охорона здоров'я в спільноті
3. Відновлення здоров'я військовослужбовців і працівників сил безпеки в аспекті валеології

#### *1. Валеологія як наука та практика*

Термін «валеологія» складається з латинського *valeo* – що означає «бути здоровим, сильним» та давньогрецького *logos* – думка, вчення, розум. Як наукова дисципліна, валеологія являє свого роду альтернативу медицині, оскільки в центрі її уваги – не хвороба, а здоров'я.

*Об'єкт валеології* – це людина в усьому потенціальному діапазоні здоров'я (здорова, «третій стан», хвора).

Здоров'я, його критерії та заходи з його збереження складають *предмет валеології*.

Відповідно, *завдання валеології* полягають у:

вивченні статусу здорового індивіда та критеріїв його визначення;

аналізі складових здоров'я людини (біологічних, психологічних та соціальних, у тому числі пов'язаних зі способом життя, режимом фізичних навантажень, харчуванням, характером праці та відпочинку, і т. ін.). Ця задача має багато частин і вимірів, у яких валеологія межує з біологією та фізіологією людини, з психологією та іншими соціальними та поведінковими науками, з фізичним вихованням, з науками про харчування, з біохімією гормонів, медичними дисциплінами різної спрямованості, охороною праці);

пошуку методів збереження здоров'я та профілактики захворювань;

розробці системи наукових знань про здоров'я людини та збереження здоров'я індивідів, зниження захворюваності в соціальному середовищі та в професійних спільнотах різного характеру діяльності;

моніторингу індивідуальних та соціальних показників стану здоров'я людей, розробці рекомендацій щодо збереження та підтримки здоров'я;

підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда шляхом корекції;

вивчення закономірностей формування індивідуального здоров'я та умов його збереження і зміцнення;

формування нового ненасильницького і духовно-творчого мислення;

формування здорової, активної, творчої людини, здатної впродовж всього життя самостійно зберігати, розвивати і підтримувати своє здоров'я на належному рівні.

Валеологічне знання, відповідно, включає в себе основи суміжних, першою чергою медичних, біологічних і психологічних наук. Оскільки вона ґрунтується на характеристиках здоров'я, то стає дотичною до проблематики соціальної реабілітації в її медичному аспекті, в аспектах психологічного здоров'я та добробуту, відновлення гомеостазу індивідів.

Основою валеологічної теорії і практики є характеристика організму як багаторівневої біоенергоінформаційної системи, а здоров'я як багаторівневого поняття. У рамках школи валеологів розглядається поняття валеології, як «вчення про здоров'я», окреме від гігієни та клінічної медицини

Валеологія може бути представлена як напрямок альтернативної медицини, що вивчає збереження та зміцнення здоров'я людини в духовному, психічному, фізичному та соціальному вимірах.

У практично-прикладному відношенні валеологія – це цілісний комплекс профілактично-оздоровчих знань про структуру та функціонування людського організму, його природних захисних механізмів у взаємодії з біосферою і космосом, про їхній розвиток і вдосконалення, їхнє ефективне

використання як у звичайних, так і в екстремальних умовах сучасного екологічного стану.

Валеологія охоплює вивчення психосоматичного функціонального стану людини з урахуванням усієї складності та різноманіття біологічних, соціально-економічних, екологічних, морально-етичних, побутових, професійних, суспільно-політичних та інших умов життєдіяльності.

Фармакологічна та медична валеологія (санологія) вважається в декотрих теоретичних працях частиною **превентивної медицини**. З 2000 року номенклатура лікарських спеціальностей доповнена лікарем-санологом

*До засобів валеології* відносяться: діагностика рівня здоров'я;

прогнозування здоров'я;

формування оздоровчих програм\$

збереження та зміцнення здоров'я з використанням медичних і парамедичних технологій.

На сучасному етапі розрізняють валеологію: загальну, медичну, педагогічну, вікову, професійну, спеціальну, сімейну, екологічну, соціальну, фармакологічну. Основними видами, які мають найбільше застосування є:

### ***Медична валеологія (санологія)***

В медичній валеології практикується системний підхід до формування, збереження, зміцнення здоров'я людини переважно немедикаментозними засобами. Застосовуються сучасні досягнення науки щодо управління за допомогою етіотропної, патогенної та симптоматичної терапії та саногенетичного лікування.

### ***Фармацевтична валеологія***

Напрямок валеології, який визначає аспекти раціонального використання лікарських препаратів людиною для збереження і зміцнення здоров'я в рамках первинної та вторинної профілактики (наприклад: вітаміни, макро- та мікроелементи, антиоксиданти, вакцини, косметичні препарати)

Ключові категорії валеології:

Здоров'я

Профілактична медицина

Соціоекологія

## **2. Здоров'я людини та охорона здоров'я в спільноті**

**Здоров'я** — стан повноцінного фізичного, **психічного** та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Це стан **живого організму**, за якого всі **органи** здатні добре виконувати своє призначення.

**Охорона здоров'я** громадян — одне з завдань **держави**.

ВООЗ відіграла провідну роль, коли сприяла розвитку руху за здоров'я у 1980-х роках. Це привело до нової сутності здоров'я не як стану, а як стійкості, «запасу для життя». 1984 року ВООЗ визначила здоров'я як **«ступінь, у якому** особа чи група людей, здатні втілити прагнення та задовольнити власні потреби і навіть змінити довкілля або впоратися з ним. Здоров'я — це засіб для повсякденного життя, а не мета життя; це позитивний сенс, який підкреслює соціальні та особисті можливості, а також фізичні здібності».

Таким чином, здоров'я стосується здатності підтримувати рівновагу і **відновлюватися після несприятливих подій**. **Психічне**, інтелектуальне, емоційне та соціальне здоров'я означає спроможність людини справлятися зі **стресом**, набувати навичок, підтримувати стосунки, що створює основи для стійкості та **незалежного життя**.

На стан здоров'я людини впливає низка чинників. Їх називають «визначниками здоров'я», зокрема: походження людини, спосіб життя, економічний рівень, соціальні умови та духовність; дослідження показали, що високий рівень стресу може вплинути на здоров'я людини.

У першому десятилітті 21-го століття **визначення здоров'я як спроможності** відкрило двері для того, щоби самооцінка стала основним показником задля вимірювання дієвості зусиль, спрямованих на покращення здоров'я людини. Це також **створило можливість для кожної особи**

*почуватися здоровою, навіть за наявності кількох хронічних захворювань або невиліковного стану*, а також для перегляду визначників здоров'я (на відміну від звичайного підходу, котрий зосереджується на зниженні поширеності захворювань).

Термін «здоровий» також широко застосовується стосовно багатьох, у тому числі *соціальних середовищ і структур* та їх впливу на благо людей, наприклад, у значенні здорових спільнот, здорових міст або здорового середовища.

У ХХІ сторіччі наголоси щодо здоров'я людини ставляться на правильному харчуванні, *здоровому способі життя* (спорт, фізична активність, підтримка тіла у доброму стані), хорошому інформаційному просторі (відсутність надмірної негативної інформації як в ЗМІ, так і серед оточення), гарний соціальний стан (можливість купувати не лише корисну їжу, а також бути забезпеченим усіма потребами, наприклад згідно *піраміди Маслоу*). Ці чинники приводять до попередження хвороб як фізичних, так і психічних, отже й зменшують витрати на медицину та ліки як із бюджету громадянина, так і держави

Визначення судження «здоров'я» є основоположним питанням сучасної медико-біологічної науки. Оскільки воно має багато точок зору і обумовлене багатьма чинниками, то вимагає для свого розв'язання всебічного підходу. Усі добре уявляють собі, що «здоров'я, це добре, а хвороба — погано». Пояснити сутність здоров'я складніше, ніж природу хвороби. Саме через це однозначного, прийняттого для всіх тлумачення «здоров'я» поки що не існує.

Вважається, що здоров'я — це відповідний стан організму, який відзначається гарною саморегуляцією, повною узгодженістю роботи всіх органів і систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем, за відсутності хворобливих проявів. Через це основною ознакою здоров'я, є здатність до значної пристосованості організму щодо впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може

витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії надзвичайних чинників зовнішнього середовища, але й повноцінно діючи в цих умовах. Таким чином, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму діяльно та повноцінно пристосовуватись до змін оточення. Можна сказати, що *здоров'я є здатністю організму перебувати у рівновазі з оточенням.*

Багато хто з науковців розглядає здоров'я як *спосіб життєдіяльності організму, який забезпечує йому потрібну якість життя і найбільш можливу за даних умов, його тривалість.*

Зрозуміло, що здоров'я похідне від численних впливів на організм, зокрема природно-кліматичних, соціальних, виробничих, побутових, психологічних чинників, способу життя.

Можна також сказати, що *здоров'я це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства.*

Стан здоров'я не є чимось сталим і незмінним. Це діяльний процес, тобто відчуття здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, через це існують широкі межі визначення «здоров'я» від цілковитого здоров'я до граничних із хворобою станів.

Узагальнюючи всі наведені вище визначення ознак «здоров'я», доцільно сказати, що *під здоров'ям треба розуміти перебіг збереження та розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних можливостей особи, найбільш спроможної працездатності та соціальної придатності людини, за якнайбільшої тривалості діяльного життя.*

Загального, прийняттого для всіх показника, за яким можна було би визначити рівень здоров'я чи його якість, немає. Підсумки будь-яких аналізів, дані якихось обстежень мають значні розбіжності залежно від статі, віку, конституційного типу, функціонального стану організму, географічних та

погодних особливостей місця проживання, властивостей та напруженості праці, способу життя, притаманного певній особі харчування та багатьох інших чинників. Загальний стан організму та показники його діяльності змінюються у тієї самої людини, навіть протягом декількох годин (одразу після пробудження і після підйому з ліжка, до вживання їжі та після її вживання, тощо).

Однак розуміння здоров'я (доброго самопочуття) суб'єктивне. Багато людей звикли жити зі станом хронічного поганого здоров'я (ніби це є прийнятним явищем), під впливом соціального чи родинного кола, власного особистого досвіду, через який вони не можуть порівняти своє становище, зі станом доброго здоров'я, а інколи також відсутність підтримки або правильних рішень з боку медичних працівників. Таке ставлення перешкоджає розпізнаванню та діагностиці розладів, які без лікування можуть спричинити серйозні наслідки для подальшого здоров'я. Прийняття ймовірного хронічного поганого здоров'я як чогось очікуваного або звичайного (нормального), а також відсутність обізнаності про важливість профілактики цього, призводять до недостатнього дотримання призначеного лікування у разі розпізнаних хронічних захворювань, з подальшими недобрими наслідками для власного загального здоров'я. Показниками фізичного здоров'я є особистісні властивості анатомічної будови тіла, досконала (за нормою) фізіологічна діяльність організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадковості, рівень фізичного розвитку органів і систем живої істоти.

Показниками психічного здоров'я є особистісні показники психічних процесів і особливостей людини, наприклад, збудженість, емоційність, чутливість, вдача. Психічне життя особи складається з мети, потреб, зацікавлень, наснаги, заохочень, настанов, уяви, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язане з притаманними рисами мислення, характеру, здібностей людини.

Показниками духовного здоров'я є духовний світ особистості, сприйняття духовної культури людства, освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєве самовизначення, ставлення до життя, оцінка втілення своїх здібностей і можливостей у взаємозв'язку власних ідеалів і світогляду обумовлює стан духовного здоров'я.

Показники соціального здоров'я пов'язані з економічними чинниками, стосунками особистості зі сім'єю, організаціями, з якими створюються соціальні зв'язки: праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. У загальному вигляді соціальне здоров'я обумовлене характером і рівнем розвитку, які притаманні головним сферам суспільного життя у певному середовищі. Ці складові тісно взаємопов'язані, отже вони в сукупності визначають стан здоров'я людини. У звичному житті майже завжди спостерігається поєднаний вплив цих складових.

Люди можуть покращити власне здоров'я за допомогою фізичних вправ, достатнього сну, проведення часу на природі, підтримки здорової ваги тіла, обмеження вживання алкоголю та відмови від куріння. Здоров'я та хвороба можуть співіснувати, оскільки навіть люди з кількома хронічними захворюваннями або невиліковними хворобами, можуть вважати себе здоровими.

Навколишнє середовище часто називають важливим чинником, що впливає на стан здоров'я людей. Це зокрема, властивості природного середовища, антропогенного та соціального середовища. Встановлено, що такі чинники, як чиста вода та повітря, придатне житло, безпечні громади та дороги, сприяють гарному здоров'ю, особливо здоров'ю немовлят та дітей. Деякі дослідження показали, що нестача місцевих відновних, розважальних просторів, зокрема природних середовищ, призводить до нижчого рівня особистого задоволення та більшого ступеня ожиріння, пов'язаного з погіршенням загального здоров'я та взагалі добробуту. Було доведено, що збільшення часу, проведеного на природі, пов'язане з покращенням



самопочуття отже свідчить про те, що позитивні переваги для здоров'я природного простору (лісопарки, акваріуми, тощо) в міських межах та на підприємствах, слід враховувати в державній політиці та землекористуванні.

Генетика, або успадковані риси від батьків, також відіграють певну роль у визначенні стану здоров'я окремих людей і популяцій. Це може охоплювати як схильність до певних захворювань і загального рівня здоров'я, так і звички та поведінку, які люди розвивають через спосіб життя власних родин. Наприклад, генетика може відігравати певне значення у тому, як люди справляються зі стресом, розумовим, емоційним чи фізичним.

- Градації здоров'я:
- Досконале здоров'я, відмінний настрій, сильний імунітет.
- Здоровий, але присутні незначні вади, які майже не заважають життєдіяльності і не мають потреби в лікуванні. Наприклад шрами, пломби.

- Нормальний стан. Здоровий, але є захворювання, що не розвиваються, але іноді можуть обмежувати життєдіяльність, підвищувати втомлюваність. Наприклад: короткозорість і далекозорість, лупа, плоскостопість, сутулість. Рекомендовано лікувати по можливості.

- Відносне здоров'я, але наявні поганий настрій, стрес, ослаблення імунітету. Рекомендовано лікувати, щоби перейти до нормального стану.

- Хворий. Існування легкого захворювання, котре піддається лікуванню. Немає загрози життю. Треба швидке лікування або припинення розвитку захворювання. Наприклад: застуда, нежить, грип.

- Хронічне захворювання або інвалідність.
- Травма. Тимчасова втрата деякої здатності. Можлива загроза здоров'ю. Наприклад, нівечення, забите місце, поріз, вивих, опік, відмороження, шок, втрата свідомості. Необхідна перша медична допомога. Кожна людина мусить уміти надавати першу медичну допомогу. Легкі ушкодження можна цілкомвилікувати. Важке нівечення може призвести до ампутації органу (гангрена).

- Загроза життю. Наприклад: важке поранення, температура тіла вище 42°C, значна крововтрата, зупинка серця, дихання. Потрібна термінова інтенсивна перша медична допомога.
- Клінічна смерть. Припинення дихання або кровообігу. Реанімація можлива протягом 5 хвилин.
- Біологічна смерть.

Кожна людина повинна дбати про своє здоров'я. Краще запобігти захворюванню аніж лікуватися. Найпершою важливою складовою піклування про здоров'я, є відстеження власного самопочуття (час від часу проходження медичного огляду) та добре ставлення до оточення. Неабияке значення мають також особиста охайність (гігієна), прагнення до привітного спілкування з іншими людьми, доброта, придатні умови праці, корисне харчування (4-6 разове приймання їжі, правильне співвідношення жирних кислот у їжі, зменшення споживання червоного м'яса, переважання у стравах овочів та фруктів, тощо) і здоровий спосіб життя.

Однією з головних причин погіршення здоров'я у світі є надмірна вага, наслідком якої може стати розвиток важких недуг. Наприклад, станом на **2019** рік за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я **58 % українців старше 18 років мали зайву вагу, а 25 % страждали на ожиріння.**

### ***Харчування та гідратація***

Здорове харчування — це харчування, яке забезпечує ріст, нормальний розвиток і життєдіяльність людини, що сприяє зміцненню її здоров'я, попереджає розвиток захворювань та сприяє здоровому довголіттю та омолодженню.

*Добова потреба води приблизно 1/30-1/25 від маси тіла.*

Здорове харчування передбачає гармонійне споживання білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, макро- і мікроелементів, рослинної клітковини та фітонутрієнтів, які містяться в харчових продуктах.

Регулярне споживання фруктів та овочів, горіхів, цільнозернових, клітковини, жирної морської риби та/або омега-3 жирних кислот, рослинного

білку, оливкової олії знижує ризики багатьох хронічних захворювань та смертності від них.

Різноманіття раціону також необхідно для формування та збереження різноманітної мікробіоти кишківника. Різноманіття складу мікробіоти є однією з основних умов для здоров'я кишківника та організму в цілому. Тому для здоров'я мікрофлори кишківника доцільним є вживання якомога більшої кількості різних продуктів з високим вмістом клітковини, особливо фруктів, овочів, спецій та ферментованих продуктів.

### ***Сон — достатній та якісний***

Рекомендована тривалість сну:

- Для дорослих 7-9 годин
- Для підлітків 13-18 років 8-10 годин
- Для дітей 6-12 років 9-12 годин
- Для дітей 3-5 років 10-13 годин
- Для дітей 1-2 років 11-14 годин
- Немовлята 4-12 місяців 12-16 годин
- Новонароджені 0-12 місяців 14-17 годин

Основні поради щодо покращення сну:

- Спати в цілковитій темряві. Навіть дуже тьмяне світло в кімнаті під час сну може вплинути на роботу серцево-судинної й ендокринної систем.

- Спати з доступом свіжого повітря, за температури 18-22 градуси Цельсія, тримаючи ноги в теплі.

- Після заходу Сонця та, особливо, за кілька годин до сну уникати синього спектру світла (екрани, монітори, телефон, "холодне" світло ламп), який природньо є тільки в першій половині доби сонячного світла. Синій спектр світла перешкоджає виділенню мелатоніну (гормону сну) і суттєво погіршує якість сну. Особливо важливо не вмикати світло та не дивитись на екрани пристроїв посеред ночі, бо це значно та різко знизить рівень мелатоніну, збільшить рівень адреналіну в мозку, що вкрай погіршить якість

сну. За потреби користування світлом вночі доцільно застосовувати тьмяні лампи червоного кольору (або максимально теплої) та фільтри синього спектру на екранах електронних пристроїв.

- Уникати пізньої вечері: це суттєво погіршує якість сну, виділення мелатоніну (гормону сну) та соматотропіну (гормону росту та молодості).
- Уникати пробуджень вночі. Синтез соматотропіну можливий тільки в фазу глибокого сну, а глибокий сон настає приблизно через годину після засинання. Соматотропін має широкий спектр дії на різні фізіологічні системи та на рівновагу інших гормонів, і їх невідповідність суттєво впливає на рівень здоров'я та самопочуття.
- Кофеїн-вмісні напої вживати лише в першій половині дня. Кофеїн, зазвичай, міститься в каві, чаї, енергетичних напоях, спортивному харчуванні, ноотропах.
- Алкоголь, так само як і пізня вечеря, суттєво погіршує якість сну, виділення мелатоніну та соматотропіну.
- Одразу після пробудження випити склянку води та в першу годину отримати якнайбільшу кількість сонячного світла в очі (уникати прямого погляду на Сонце) та на шкіру — це збуджує фізіологічні системи тіла і зарядить енергією на цей день.

### **Фізичні вправи**

Література з валеології та функціональної діагностики містить доведені положення, що люди, які послідовно виконують фізичні вправи, здоровіші, і, що суттєво, – щасливіші. Такі люди, за даними досліджень, молодші від тих своїх ровесників, які не мотивовані до фізичної культури. Причому молодші не тільки зовні (тобто осанка, хода, статура, м'язи, опорно-руховий апарат, свіжіший колір обличчя), але й за епігенетичними критеріями. Генетика та їх спосіб життя «зустрічаються» в оптимальному співвідношенні. Такі люди не розпоршують попусту потенціал здоров'я, оскільки мають і нижчий ризик захворюваності. Йдеться не тільки про респіраторні вірусні захворювання, а й також про хвороби серця і навіть онкологічні захворювання. Достовірно, на

практиці, встановлено, що ходьба в середньому темпі хоча б 30 – 40 хвилин на день допомагає хворим на ішемічну хворобу серця зробити більш рідкими і менш відчутними напади стенокардії (при більшому терміні хвороби також за прийому препаратів, скажімо на фоні лікування бета-адреноблокаторами, підтримки серця тіотріазоліном у таблетках чи краще ін'єкціями 2 або 4 мл, і т.ін. за призначеннями індивідуально). Медикаментозна підтримка заходів, які практикуються на засадах валеології, є поширеною ситуацією, оскільки не тільки абсолютно здорові, але й ті реципієнти, які мають вікові відхилення функціонального статусу, мають потребу у фізкультурі і краще самопочуття при її застосуванні. З точки зору валеології і низки медичних дисциплін, які займаються опорно-руховим апаратом, з боку кардіологічних, неврологічних, ендокринологічних показань, фізкультура є універсальним засобом допомоги здоров'ю і його відновленню. Справа валеології – врахувати показання для тих чи інших категорій реципієнтів. Скажімо, лікар ЛФК може дати свої рекомендації на основі функціональної діагностики, а валеологія розглядає ті чи інші види підтримки здоров'я. На практиці очевидно, що люди солідного віку потребують занять йогою та іншими практиками, які сприяють розтяжці м'язів, підтримці обігу лімфи, зміцненню м'язового «каркасу» для підтримки хребта й профілактики радикуліту, нападів ішіасу, та ін. Тренуватись треба з урахуванням віку та стану здоров'я, але – всім. Ті, хто постійно тренуються, частіше мають здорову вагу (ІМТ), більше м'язової тканини, менше жирової (зокрема внутрішнього жиру, який може не бути помітним зовні, але є більш шкідливим, так як сприяє підвищенню холестерину і сіданню склеротичних бляшок на судинах). Дослідження показують, що регулярні фізичні вправи знижують ризики смертності від усіх природних причин. У валеології існує рекомендація, що для здоров'я потрібно приділити фізичній культурі близько 2,5 години на тиждень (30 хвилин помірної активності на день протягом 5 днів на тиждень). Порівняно з відсутньою активністю, досягається зниження ризику смертності від усіх причин на 19%, 7 годин помірних навантажень на тиждень – в середньому навіть на 24%.

Загалом, ВООЗ вирізняє такі позитивні впливи фізичної активності на здоров'я:

- Фізична активність має значні переваги для здоров'я серця, тіла та розуму.
- Фізична активність сприяє запобіганню та лікуванню неінфекційних захворювань.
- Фізична активність зменшує наслідки депресії та тривоги.
- Фізична активність покращує навички мислення, навчання та прийняття рішень.
- Фізична активність забезпечує здорове зростання і розвиток молоді.
- Фізична активність покращує загальне самопочуття.

### ***Психічне здоров'я***

На стан *психічного здоров'я* впливають окремі особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збуджуваність, емоційність, чутливість. Психічне життя особистості складається з потреб, інтересів, бажань, заохочень, установок, мети, уявлень, почуттів тощо. Психічне здоров'я людини пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей. Всі ці складові і чинники обумовлюють тонкощі індивідуальних реакцій на однакові життєві події, ймовірність нервових зривів, надмірного збудження, чи навпаки свідомого й гармонійного буття.

***Здоров'я жінок*** відрізняється від здоров'я чоловіків. Для прикладу, від природи жіночі теплові налаштування роблять їх більш чутливими до коливань температури. Загалом, вони в середньому мають нижчу температуру тіла. Жіноче здоров'я інколи тлумачать як здебільшого репродуктивне здоров'я, проте сучасні (2020-і) науковці висловлюються за ширше визначення, що стосується загального стану здоров'я жіночої половини людства, краще виражене в терміні «Здоров'я жінок». Але власне-й репродуктивне та сексуальне здоров'я жінок має суттєві відмінності

порівняно зі здоров'ям чоловіків. Навіть у розвинених країнах вагітність та пологи пов'язані із значним ризиком для здоров'я і навіть життя жінок.

Звісно, у справі реабілітації медичні та валеологічні знання потребують взаємного узгодження для практичного застосування. Валеологія спирається в своїх практичних розробках на досягнення медицини, потребує постійного оновлення базових теоретичних уявлень. Скажімо, препарати статини (ліво-статини та ін.), донедавна популярні для зниження рівня холестерину (так званого поганого холестерину), мають низку серйозних протипоказань саме з боку серцево-судинної системи. Приклад іншого роду – наявність патології обміну речовин, яка вимагає індивідуального підходу щодо фізкультурних рекомендацій. Зокрема при підвищеній продукції в організмі альдостерону (гіпер-альдостеронізм) може відмічатись гіпокаліємія і як наслідок, слабкість м'язів. Очевидно, що для запобігання ослабленню в тому числі м'язу серця фізичні навантаження мають бути дозовані.

Таким чином, в узгодженні настанов валеології та медичних показань розробляються заходи реабілітації та відновлення гомеостазу реципієнтів.

У розрізі реабілітації, слід зазначити, що фізичні вправи покращують навчання та розумову працездатність, нейропластичність, пам'ять (оскільки покращують кровообіг у тканині мозку, підвищують рівень нейротрофічного фактора мозку (BDNF) та інших факторів росту), стимулюють нейрогенез та підвищують стійкість мозку до негативних чинників.

### 3. Відновлення здоров'я військовослужбовців і працівників сил безпеки в аспекті валеології

Характеризуючи середовище реабілітації військових і фахівців сектору безпеки, слід передусім мати на увазі такі установи, як санаторії і санаторно-курортні умови відновлення здоров'я. Санаторії та профілакторії пропонують для реабілітації військовослужбовців широкий спектр заходів від фізіотерапії до ЛФК та теренкуру. Крім того дуже важлива є атмосфера турботи і спокою, що сприяє відновленню нервово-психічного статусу, врівноваженню емоцій і

стосунків із оточенням, поліпшенню у сприйманні подій, людей, в тому числі тих, хто не був у бойовій обстановці; якомога посильній для людини і тих, хто про неї піклується, гармонізації ставлення реабілітанта до життя.

Можливості та показання для медичної реабілітації (складової частини соціальної реабілітації) за станом здоров'я регулюються низкою спеціальних нормативних документів, які розроблені для вирішення офіційних питань визначення стану здоров'я військовослужбовців.

Для рішення питання щодо станів здоров'я, які визначаються і згідно з якими особа призовного віку визнається здоровою (практично здоровий – придатний; обмежено придатний); або ж непридатною для виконання завдань за призначенням і до військового обов'язку, чинними є такі документи та положення:

#### Нормативна база

- [Закон України "Про військовий обов'язок і військову службу"](#)
- [Указ Президента України від 10 грудня 2008 року № 1153 "Про Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України"](#)
  - [Наказ Міністерства оборони України від 14 серпня 2008 року № 402 "Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України" \(далі - Положення\)](#)
  - [Наказ Міністерства оборони України від 10 квітня 2009 року № 170 "Про затвердження Інструкції про організацію виконання Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України"](#)

#### *Загальні положення*

#### **Звільнення військовослужбовців з військової служби здійснюється:**

- у запас, якщо військовослужбовці не досягли граничного віку перебування в запасі і за станом здоров'я придатні до військової служби або під час дії воєнного стану визнані військово-лікарськими комісіями



непридатними за станом здоров'я до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців;

- у відставку, якщо військовослужбовці досягли граничного віку перебування в запасі або визнані військово-лікарськими комісіями (далі - ВЛК) непридатними за станом здоров'я до військової служби з виключенням з військового обліку (частина перша статті 26 Закону України "Про військовий обов'язок і військову службу").

Підстава звільнення	Особа, яка звільняється	Умова звільнення
За станом здоров'я	військовослужбовці строкової військової служби	наявність висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби
	військовослужбовці, які проходять військову службу за призовом осіб офіцерського складу	наявність висновку (постанови) ВЛК про непридатність або обмежену придатність до військової служби
	військовослужбовці, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, військову службу за призовом осіб із числа резервістів в особливий період	<u>під час дії особливого періоду</u> (крім періоду дії воєнного стану) - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби в мирний час або обмежену придатність

		<p>у воєнний час, за винятком випадків, визначених положеннями про проходження громадянами України військової служби</p>
		<p><u>під час дії воєнного стану - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку або про непридатність до військової служби з переглядом через 6-12 місяців</u></p>
	<p>військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом</p>	<p><u>у мирний час - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби або обмежену придатність до військової служби, за винятком випадків, визначених положеннями про проходження громадянами України військової служби</u></p> <p><u>під час дії особливого</u></p>

		<p><u>періоду (крім періодів проведення мобілізації та дії воєнного стану)</u> - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби в мирний час, обмежену придатність у воєнний час, за винятком випадків, визначених положеннями про проходження громадянами України військової служби</p>
		<p><u>під час проведення мобілізації та дії воєнного стану</u> - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку або про непридатність до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців</p>
	<p>військовослужбовці, які проходять кадрову військову службу</p>	<p><u>у мирний час</u> - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність або обмежену придатність до</p>

		військової служби
		<p><u>під час дії особливого періоду (крім періодів проведення мобілізації та дії воєнного стану) - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби в мирний час або обмежену придатність у воєнний час</u></p>
		<p><u>під час проведення мобілізації та дії воєнного стану - на підставі висновку (постанови) ВЛК про непридатність до військової служби з виключенням з військового обліку</u></p>

#### Проходження ВЛК

**Військово-лікарська комісія (ВЛК)** - це військово-медичні установи, що створені для проведення військово-лікарської експертизи, яка полягає в проведенні медичного огляду (включає в себе вивчення та оцінку стану здоров'я і фізичного розвитку громадян на момент огляду в цілях визначення ступеня придатності до військової служби, з винесенням письмового висновку (постанови)) (пункт 1.1 глави 1 розділу II [Положення](#)).

#### Направлення на ВЛК

Направлення на медичний огляд проводиться ( пункт 6.1 глави 6 розділу II Положення):

- прямими начальниками від командира окремої частини, йому рівних та вище, штатних ВЛК, керівниками ТЦК та СП, начальниками (керівниками) закладів охорони здоров'я за місцем лікування, органів військового управління та підрозділів Військової служби правопорядку Збройних Сил України, органами прокуратури, судом.

Прямі начальники від командира окремої частини, йому рівних та вище мають право направляти підпорядкованих військовослужбовців на медичний огляд ВЛК з метою визначення ступеня придатності до військової служби за рекомендацією лікаря, у разі виявлення у військовослужбовця під час обстеження або лікування захворювань, наслідків травми (поранення, контузії, каліцтва), що можуть обмежувати придатність або зумовлювати непридатність до військової служби.

- керівники органів управління та підрозділів Військової служби правопорядку Збройних Сил України, за потреби, направляють на медичний огляд ВЛК військовослужбовців, які за вироком суду засуджені до тримання в дисциплінарному батальйоні або до кримінального покарання у вигляді арешту.

Військовослужбовці оглядаються ВЛК у закладах охорони здоров'я (установах) за **територіальним принципом** або за **місцем лікування, навчання, перебування у відрядженні, за місцем проведення відпустки.**(пункт 6.6 глави 6 розділу II Положення).

Огляд військовослужбовців обов'язково проводиться хірургом, терапевтом, невропатологом, офтальмологом, оториноларингологом (військовослужбовців-жінок - гінекологом), а за медичними показаннями - і лікарями інших спеціальностей. Обов'язково виконуються загальні аналізи крові та сечі, ЕКГ-дослідження, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки. Потребу в додатковому обстеженні визначають лікарі за медичними показаннями.

При проходженні медичного огляду військовослужбовець зобов'язаний надати документи щодо стану свого здоров'я. Дані цих медичних документів враховуються у постановах ВЛК. ВЛК ознайомлюються з записами у реєстрі ЕСОЗ щодо стану здоров'я військовослужбовця та вносять до нього відповідні записи. Огляд військовослужбовців, направлених на ВЛК для вирішення питання про потребу у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або потребу у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва), або у звільненні від виконання службових обов'язків, проводиться за медичними показаннями (пункт 6.8 глави 6 розділу II [Положення](#)). ВЛК враховує вік, освіту, військовий фах, підготовку, досвід, фактичну працездатність, спрямованість до подальшого проходження військової служби, думку командування і начальника медичної служби військової частини, викладені у службовій та медичній характеристиках, та можливість подальшого проходження військовослужбовцем військової служби на посаді, яка найбільше відповідає стану його здоров'я. (пункт 6.9 глави 6 розділу II [Положення](#)).

У разі звільнення військовослужбовців з військової служби, коли вони визнані непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку або непридатними до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців і в період оформлення звільнення з військової служби не можуть за станом здоров'я виконувати службові обов'язки, ВЛК одночасно з постановою про непридатність приймає постанову про звільнення від виконання службових обов'язків за станом здоров'я на строк, необхідний для оформлення звільнення, але не більше 30 календарних днів. (пункт 6.18 глави 6 розділу II [Положення](#)). Постанови ВЛК приймаються більшістю голосів, голова та члени ВЛК не залежні. У разі незгоди голови або членів комісії з думкою інших членів їх окрема думка заноситься до протоколу засідання ВЛК. Члени ВЛК зобов'язані дотримуватися вимог Положення. (пункт 20.1 глави 20 розділу II [Положення](#)).

Постанова "Непридатний до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців" приймається на воєнний час на підставі статей 7, 11, 12г, 13д, 24, 32, 37, 44, 48, 56, 59, 65, 72, 81 Розкладу хвороб у випадках, коли для відновлення придатності (обмеженої придатності) до військової служби необхідний термін від 6 до 12 календарних місяців.

Після закінчення медичного огляду кожний лікар вносить до облікової картки призвника та інших документів, передбачених [Положенням про підготовку і проведення призову громадян України на строкову військову службу та прийняття призвників на військову службу за контрактом, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 21 березня 2002 року № 352](#), дані про встановлений діагноз, дату проходження медичного огляду, висновок про придатність до військової служби за станом здоров'я, призначення за видами, родами військ (сил) Збройних Сил України та іншими військовими формуваннями, підписує та скріплює особистою печаткою.

**Увага!** Зразок рапорту про направлення на медичний огляд військово-лікарською комісією

Прийняття рішення ВЛК

У разі коли військовослужбовці, які звільняються з військової служби, визнані непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку, ВЛК приймає **постанову (висновок) про:**

- тимчасово непридатний до військової служби, потребує лікування у \_\_\_\_\_ (вказати заклад охорони здоров'я (установу) та орієнтовний строк лікування);
- потребує направлення на додаткове медичне обстеження та проведення повторного медичного огляду \_\_\_\_\_ (зазначити дату проведення медичного огляду);
- непридатний до військової служби в мирний час, обмежено придатний у воєнний час;

- непридатний до військової служби з виключенням з військового обліку.

Постанови ВЛК приймаються на підставі Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби, пояснень щодо застосування статей Розкладу хвороб та таблиць додаткових вимог до стану здоров'я.

Постанови ВЛК, які не підлягають затвердженню (контролю) штатною ВЛК, оформляються **в день медичного огляду і видаються на руки** особі, що пройшла медичний огляд, та надсилаються у військову частину та/або до ТЦК та СП в електронній та/або паперовій формі. Свідоцтво про хворобу (довідка ВЛК) з постановою, яка підлягає затвердженню (контролю) штатною ВЛК, направляється на затвердження (контроль) **не пізніше 5-денного строку** після закінчення медичного огляду. Свідоцтво про хворобу (довідка ВЛК) із затверженою постановою надсилається командирі військової частини, у якій проходить службу військовослужбовець, що пройшов медичний огляд та/або до ТЦК та СП, в електронній та/або паперовій формі, в установленому законодавством порядку, а також видається на руки особі, що пройшла медичний огляд. Зазначені документи можуть видаватися на руки представникам військових частин за наявності у них підтверджуючих документів.

У воєнний час строк опрацювання ВЛК свідоцтв про хворобу (довідок ВЛК) становить до п'яти календарних днів після закінчення медичного огляду.

Постанови ВЛК щодо військовослужбовців, які визнані непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку або непридатними до військової служби у мирний час, обмежено придатними у воєнний час, повинні бути реалізовані **негайно** (пункт 22.12 [Положення](#)).

Порядок звільнення з військової служби за станом здоров'я

Військовослужбовець подає командирі військової частини **рапорт** та документи, що підтверджують підстави для звільнення (висновок ВЛК).



Командир військової частини приймає рішення відповідно до вимог [Указу Президента України від 10 грудня 2008 року № 1153 "Про проходження громадянами України військової служби у збройних силах України"](#) та інших нормативних актів. Після видання наказу про звільнення військовослужбовець здає справи та посаду і виключається зі списків військової частини.

**У разі, якщо висновок ВЛК не свідчить про погіршення стану здоров'я, то у достроковому звільненні буде відмовлено.**

#### Порядок оскарження

У спірних питаннях, пов'язаних із незгодою призовника з висновками лікарів, які залучаються до медичного огляду призовників, питаннях контролю за об'єктивністю висновків лікарів за рішенням штатної ВЛК призовник може бути направлений на контрольне обстеження у заклад охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України.

У разі прийняття рішення про відмову у достроковому звільненні з військової служби за станом здоров'я, зазначається причина відмови. Таке рішення може бути оскаржене до суду в [адміністративному порядку](#) шляхом подання позовної заяви.

До заяви додаються: копія паспорта та РНОКПП (за наявності), відмова в/ч у достроковому звільненні, висновок про стан здоров'я ВЛК.

#### Рекомендована література

1. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
2. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 [Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX \(rada.gov.ua\)](#)
3. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
4. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>

5. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
6. Лебедева С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Похілько Д.С., Тімченко О.В., Христенко В.Є. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / - Харків: ФОРМ ПАНОВ А.М., 2019. -176 с.
7. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
8. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
9. Оніщенко Н. В. Психологічні особливості переживання початку війни цивільним населенням м. Харкова/ Н. В. Оніщенко // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2022. - № 1(3). - С. 84-96.
- 10.Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації /НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД – 2017. – 80 с.
- 11.Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ // Спільнота EnableMe./ Форум підтримки та самопомоги для людей з інвалідністю, хронічними захворюваннями та їхніх родичів. <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895>
- 12.Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine // <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>
- 13.Тімченко О.В., Оніщенко Н.В. Установка на життя як фактор збереження фізичного та психічного здоров'я в умовах екзистенціальної загрози / О.В. Тімченко, Н.В. Оніщенко // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна № 981. Серія «Психологія». Випуск 47. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2011. – С. 173-177.
- 14.French, Margaret A.; Roemmich, Ryan T.; Daley, Kelly; Beier, Meghan; Penttinen, Sharon; Raghavan, Preeti; Searson, Peter; Wegener, Stephen та ін. (2022-06). Precision Rehabilitation: Optimizing Function, Adding Value to Health Care. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 103 (6). с. 1233–1239. doi:10.1016/j.apmr.2022.01.154
- 15.McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry, 2010 Feb; 9 (1): 3-10. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x. PMID: 20148146; PMCID: PMC2816923.
- 16.Wade, Derick T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. Clinical Rehabilitation. 2020

May;34(5):571-583.

doi:10.1177/0269215520905112

[.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037876/)

17. Wang Shr-Jie, Bytyçi Ardiana, Izeti Selvi, Kallaba Melita, Rushiti Feride, Montgomery Edith, & Modvig Jens. A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0100-y>

## ЛЕКЦІЯ 8

### *Комунікаційні техніки в реабілітації й реінтеграції комбатантів*

План лекції

1. Значення грамотної комунікації в реабілітаційному процесі
2. Соціально-психологічні категорії реабілітації військовослужбовців
3. Професійне середовище як фактор соціально-психологічного супроводу військовослужбовців

#### *1. Значення грамотної комунікації в реабілітаційному процесі*

Комунікація – це взаємодія людей або груп, за якої обговорюються та вирішуються питання життєдіяльності та розвитку особистості або спільноти. Життєвий інтерес несе в собі будь-яке спілкування, інакше воно втрачає свій смисл. Відтак спілкування обов'язково скероване до покращення існуючого стану справ, реалізує односторонню або взаємну зацікавленість двох і більше учасників процесу. Спілкування та комунікацію можна вважати синонімами. І водночас поняття комунікації зосереджує увагу на специфічному, соціально значимому, нерідко професійно спрямованому характері даного спілкування. В процесі комунікації завжди відбувається обмін – спроможністю до праці (в чому полягає сутність соціальних відносин), досвідом, оцінками, почуттями і емоціями. Комунікація з метою допомоги (управління, виховання тощо) має свої соціальні та психологічні закони, оскільки в ній відбувається зрушення «горизонтальної» структури обміну. Той, хто допомагає, керує, виховує, стає суб'єктом впливу, а сторона, що приймає допомогу, виховний, управлінський контент, – реципієнтом впливу. Зміни у стані реципієнта стають метою для суб'єкта впливу, хоча і він сам зазнає змін, тому що передусім отримує новий досвід. Така диспозиція зберігає гуманістичну суб'єкт-суб'єктну якість. Слід зазначити, що комунікація з необхідністю передбачає сприймання контенту,

який адресує реципієнтові суб'єкт впливу, як потрібний йому й формуючий; як такий, який покращує стан реципієнта, несе йому позитивну перспективу. Отже, в комунікацію з боку суб'єкту впливу вкладається і засіб забезпечення стану реципієнта, принаймні довіри, котрий характеризується якнайбільшою відкритістю каналів сприймання назустріч формувальним інтенціям фахівця. Тоді як правилом для фахівця є стан поєднання емоційно-інтелектуальної змобілізованості і «закритості» на рівні чистої емпатії для уникнення ефекту психологічного «зараження». В такому гранично уважному і дистанційному налаштуванні самого себе для фахівця лише і можливо надавати допомогу і відтак будувати грамотну комунікацію зі збереженням ресурсу стійкості до стресу, до руйнівного впливу негативних емоцій. Виявитись «на одній хвилині» з тим, хто потребує допомоги, означає потенціювати, а не гасити їх вплив.

Емоційний інтелект фахівця з реабілітації виконує для установаження психологічного контакту з реципієнтом базову функцію. Він дозволяє чітко усвідомити та чуйно реагувати на психічний стан постраждалої людини.

Необхідно наразі в теоретичному вимірі визначити змістовні межі та обсяг комунікації фахівця-психолога чи соціального працівника з людиною, яка потребує допомоги. Слід розрізняти початок комунікації та процедури реабілітаційного характеру.

Позаяк реабілітолог має розуміти, що контакт із постраждалим з метою якихось роз'яснень і переконань принципово не є доцільним у відриві від забезпечення відносно фізично збалансованого статусу. Якщо реципієнтом, скажімо, є поранений солдат, то суб'єкт впливу бачить, що страждаюча людина з наслідками психічної травми та тілесними ушкодженнями повинна отримати тепло, догляд, медикаментозну терапію, бути нагодована, зігріта, аби почуватись у достатній безпеці. Тоді вона тільки й буде готова слухати підбадьорливі промови психолога або соціального працівника. Людина має *відчутти себе оточеною перш за все людьми* – це є найважливіша передумова комунікації у будь-якому випадку. Протівник у такій ситуації завідомо не

може сприйматись як людина, натомість видається механістично безжальною смертоносною силою. Бути оточеним людьми – це почуватись в осередку турботи, небайдужості і аж ніяк не ворожнечі.

Реабілітація суттєво відрізняється від першої медичної допомоги: вона *має справу з наслідками*, а не безпосереднім перебігом травматичної події. Водночас слід пам'ятати, що процес соціально-психологічного супроводу травмованих, зокрема військовослужбовців, починається з моменту першого контакту з людиною, що отримала травму. Має бути забезпечена можливість психологічного контакту, в якому формуються якнайважливіші умови для надання допомоги й установа цілеспрямованої комунікації. Соціально-психологічний супровід – то є поняття не тотожне соціальній реабілітації. В своїй багатокомпонентній змістовності соціальна реабілітація є максимально комплексним процесом. Соціальна реабілітація, по-перше, включає в себе весь спектр процедур відновлення гомеостазу та регенерації/компенсації всіх соціальних і професійних можливостей реципієнта, і, по-друге, пов'язана з кваліфікацією його клінічного та психологічного статусу в аспекті здатності до праці й функціональної повноцінності. Тоді як соціально-психологічний супровід передбачає формування адаптації реципієнта – спочатку термінової та недосконалої, а в підсумку повноцінної й витривалої – до умов і наслідків травматичного досвіду, до прийдешнього статусу, до оточення й оточуючих.

Проте, зі свого боку психологічний супровід і в реальному часі, і у вимірі оперативної взаємодії фахівців і реципієнта охоплює й ранні етапи психологічної допомоги. Психологічний супровід починається з контакту і в цій площині стосується не тільки адресної допомоги реципієнту, але виміру участі в її невідкладних заходах. На відміну від реабілітації, супровід має справу з можливою аберацією мислення реципієнта, з прямими наслідками посттравматичних стресових розладів, аж до агресивних проявів та ауто-агресії. Тобто комунікація починається значно раніше від реабілітаційного процесу. І на цій найбільш ранній стадії постають *завдання налагодження і*

*підтримки психологічного і соціального контакту з реципієнтом, виконання яких залежить від таких професійно важливих якостей фахівця:*

емоційний інтелект і здатність до емпатії;

комунікабельність;

сформовані компетентності з роботи з посттравматичними стресовими розладами;

особистісна та професійна зрілість;

спроможність щодо психологічного впливу, переконання/навіювання;

здатність оперативно реагувати та приймати професійні рішення;

здатність налагодити, вести оперативну співпрацю з колегами, іншими спеціалістами;

винахідливість і креативність;

особиста сміливість;

спроможність до послідовного і структурованого будування процедур професійної комунікації.

Визначення відправного моменту комунікації в процесі психологічного і соціального супроводу реципієнтів, зокрема професіоналів сектору безпеки та оборони, має керуватись *виявленням і аналізом психічного стану людини, що вона потребує допомоги*. Певною мірою, дороговказом щодо характеру грамотної комунікації може стати концепція психологічних ландшафтів, яку розробили Т.В. Титаренко з колегами і до якої ми неодноразово звертались у попередніх лекціях.

Психологічний ландшафт, який Титаренко називає екзистенціальним, безпосередньо ґрунтується на актуальних наслідках пережитої травми або періоду травматичного досвіду (пам'ятаймо положення А. Мак-Фарлана про

відмінність хронічного характеру бойової травми у військовослужбовців та працівників пожежної охорони від травматичного досвіду однократного). Як зазначають Титаренко і співавтори, екзистенціальний ландшафт є хистким щодо стресостійкості і має амбівалентний психоемоційний характер. Людина вижила, але сили її виснажені і можуть переважати негативні емоції і далека від конструктивної спрямованість думок. Теоретично такий екзистенціальний ландшафт відіграє роль відправного пункту для процесу реабілітації. Дійсно не позбавлене сенсу судження, що тільки зіштовхнувшись із небезпекою, ми пізнаємо цінність життя. Психологічний супровід має забезпечити розуміння і глибоке переживання цінності життя задля конструктивної реабілітації, щоб деструктивний вплив травматичного досвіду був перекритий прагненням та позитивною динамікою психологічного добробуту.

Таким чином, *грамотна комунікація має базове значення в процесі реабілітації – як військовослужбовців, так і мирного населення.*

## ***2. Соціально-психологічні категорії реабілітації військовослужбовців***

Головне призначення даної навчальної теми – визначити роль і місце, а також показати конкретно-специфічну змістовність комунікативної складової в єдності реабілітаційної технології. Знов-таки акцентуючи той факт, що дана складова не може бути представлена поняттям «соціальна реабілітація». Дана складова являє *соціально-комунікативний* аспект соціальної реабілітації який включає в себе медичний базис, психокорекцію і соціально-психологічний супровід. Індивіду, який є реабілітантом, а вже не ургентним реципієнтом, відтак вдалося перейти від першої «пост-шокової» думки «вижив» до оцінки власного самопочуття, яким би воно ні було, і більш-менш чіткого уявлення про обстановку, в якій він опинився і почав отримувати допомогу.

У цій темі ми розбираємо соціально-комунікативний процес як функціональний внесок:



- 1) у соціальну реабілітацію в цілому;
- 2) у справу соціально-психологічного супроводу реабілітанта, де соціальна комунікація є одним з аспектів.

Який зміст цього аспекту? Він полягає в:

а) встановленні та підтримці комунікативного балансу в діалозі між реабілітантом і фахівцями, які здійснюють реабілітацію;

б) залученні і реалізації різноманітних факторів реінтеграції особистості в соціальне й за можливості професійне середовище, у сім'ю, а відтак,

в) організації спільних зусиль фахівців, товаришів, рідних і друзів у процесі відновлення соціальної спроможності реабілітованого.

Повернімося до концепції психологічних ландшафтів і додамо ще один вимір – поняття життєвої траєкторії, тобто руху всередині такого ландшафту і вектора переходу від одного до іншого, що цікавить нас з боку динаміки та поетапного характеру соціальної реабілітації.

Категорія ландшафту доволі давно прийшла в соціальні науки, історію і культурологію на правах метафори, що дозволяє оперувати символічними уявленнями про місце, розташування, локалізацію дії тих чи інших ознак або симптомів. У соціально-психологічному розумінні ландшафт окреслюється як наповнений психоемоційними та ментальними подіями період з властивим йому, при позитивній динаміці дедалі більш оптимістичним забарвленням цих подій. Нагадаємо, що психологічне поняття ландшафту життєтворчості означає специфічну територію життя, що має смислову конфігурацію і свій масштаб, заданий постановкою життєвих завдань та оновленням ціннісно-смислових орієнтирів. Ландшафт посттравматичної життєтворчості несе в собі переживання посттравматичного етапу як усвідомлення нового напрямку життя, потреби в актуальному дотепер форматі життєдіяльності або у зміні її формату.

Екзистенційний ландшафт є найкоротшим шляхом до самовідновлення, до покращення психологічного здоров'я особистості. Основний функціонал полягає в його спрямованості на осмислення, реінтерпретацію, асиміляцію травматичного досвіду, який людина набула в межовій ситуації. Тривалість перебування на цій території життя залежить від сили травмування, особливостей втрат, інтенсивності болісних спогадів, ресурсу життєстійкості.

У своїй нещодавній статті (ЕКЗИСТЕНЦІЙНИЙ ЛАНДШАФТ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЖИТТЄТВОРЕННЯ ОСОБИСТОСТІ), написаній уже за воєнного сьогодення, академік Т.М. Титаренко звертає увагу на теми-кластери, стани-кластери, що задають напрямки досліджень. Ймовірно, найбільш яскравим прикладом таких тем є *посттравматичний стресовий розлад*. Це поняття навіть увійшло в буденний ужиток як збірне для комплексу породжених війною, небезпечних для самої людської психіки, для комунікацій і для соціуму симптомів, що включають у себе *розгубленість, агресивність, відчуття відірваності і озлоблення на тих, хто не був «там»*. Проблема зачіпає спершу близьке оточення, спричиняє сімейні кризи, напруженість і навіть подекуди домашнє насильство. Соціум, зі свого боку, прагне подолати негаразди, які несе з собою неконтрольована соціальна реінтеграція індивідів із наслідками бойової травми. Приміром, в Одесі на сьогодні діє організація з допомоги дружинам військовослужбовців. Є й інші приклади суспільних організацій. Крім кластера, зв'язаного з темою ПТСР, у сучасній літературі виділяються тематики щодо виходу з деструкції в конструктивні психологічні ландшафти. І такі виходи, і зміст ландшафтів у кожному індивідуальному випадку унікальні. Хоча, знов-таки за концепцією Т.М. Титаренко, на матеріалі дослідження численних індивідуальних історій утворюється спектр життєвих сценаріїв від прагматичного до самовідданого (ландшафт служіння). Поетапність виходу з екзистенціального ландшафту та, відповідно, роботи фахівців психологів і соціальних працівників спирається і на загальні закономірності, і на психологічний тип реабілітанта. Наразі тема процесуальності та поетапності реабілітації аж до компенсації невротичних і

інших транзиторних розладів об'єднується, за Т.М. Титаренко, кластером, у якому переважають поняття переходу, компресії, реадaptaції, трансформації та посттравматичної життєтворчості.

Як ми зазначили, дослідження особистісних змін після травми сьогодні зосереджені навколо проблем посттравматичного стресового розладу. Відтак розвиток ПТСР стає чинником вибору траєкторії руху, наприклад траєкторії опору (*resistance*) або відновлювання (*resilience*). Відмічаються властивості такої траєкторії, хронічної або відстроченої. Т.Титаренко посилається на ряд досліджень у даному питанні (*Bryant et al., 2015; Karstoft, Armour, Elklit, & Solomon, 2015; Pietrzak et al., 2014*).

Хронічна траєкторія, за Т.Титаренко, характерна для людей, які мають високий початковий рівень посттравматичного стресу і труднощі з доданням стресу впродовж тривалого періоду. Посттравматичний стрес у них майже не послаблюється протягом перших років. У тих реципієнтів, яким притаманна відстрочена траєкторія, високий рівень розладів виникає через кілька місяців після події, а з часом він може навіть зростати. У 14% стресові ознаки простежуються понад рік, в 11% більше за 3 роки (*Arnberg, Hultman, Michael, & Lundin, 2012*). Є дослідження, згідно з якими люди, що вижили після катастрофи, повідомляли про підвищений рівень тривожності та депресії через 26 років після цієї події (*Thoresen, Birkeland, Arnberg, Wentzel-Larsen, & Blix, 2019*). З іншого боку, у двох третин постраждалих гостро деструктивний емоційний стан поступово послаблюється, і ПТСР не розвивається. Завдяки власним копінг-стратегіям і підтримці оточення такі люди відновлюються, а деякі виявляють й особистісне зростання. Відтак важливо зрозуміти, як саме вони трансформуються, пристосовуються до посттравматичної реальності, в який спосіб асимілюють травматичний досвід.

Попри те, що розвиток обов'язково є саморозвиток, по відношенню до якого зовнішні фактори виступають лише каталізаторами, вони справляють

серйозний вплив на процеси, які наразі позначені як *перехід* та *траєкторія*, виражені поняттями *компресії*, *реадаптації*, *трансформації*, *реінтеграції*.

*Компресія* – тиск травматичного досвіду на психічний стан людини. Як і ландшафт, компресія є метафорою, яка несе, крім гнітючого відчуття, також смисл придушення волі до кращих змін і відновлення на особистісному рівні.

*Реадаптація* – відновлена форма пристосування особистості до життя в професійному та соціальному середовищі. Зрозуміло, що первинна адаптація відбувається у військовослужбовця в більш сприятливій ситуації, вже через те, що він вступає в нові обставини зі свіжими силами і поступово навчається якомога більш повноцінно жити в них. Реадаптація може виявитись у деяких випадках більш складною за первинну досконалу адаптацію (про термінову і недосконалу адаптацію окрема мова). Військовослужбовець із травматичним досвідом, іноді з незворотними фізичними наслідками травми має рахуватись із тим, що колишній рівень бойової роботи може виявитись непосильним для нього, і пристосуватись виконувати роботу інакше, а тим більш болісно, коли професійні завдання за призначенням стають недоступні. У будь-якому разі від минулої діяльності залишається досвід у вигляді уроків, якими необхідно керуватись, але навички та складні вміння, в тому числі поведінкові, потрібно напрацьовувати заново.

*Трансформація* – це необхідна і неминуча якісна зміна особистості під впливом бойової роботи та бойової травми. Вона несе в собі як гартувальний, так виснажливий вплив. Якби емоційний вплив факторів війни не утворював звички зживатись із ними, притупляючи безпосередні реакції, люди просто не змогли б виконувати завдання за призначенням.

*Реінтеграція* військовослужбовців визначається в ряді досліджень як різновид особистісних змін, інакше кажучи трансформацій, що забезпечують повернення у соціум – прийняття себе та інших на новому рівні з оновленням суспільно корисної, трудової діяльності, за її можливості. Так, реінтеграція

потребує від особистості соціального інтелекту, навиків само-актуалізації, внутрішньої дисципліни та потреби в конструктивній соціальній активності. Для реінтеграції важлива особистісна зрілість. Існує низка детермінант, як-от стать, вік, характер, культурний рівень і цінності, ставлення до інших та себе самого, що визначають процес і результат реінтеграції. Проблеми, пов'язані з нею, зазвичай обумовлюються аномією, деструктивними змінами психічних і психологічних станів здоров'я, іншими негативними факторами, які посилює і провокує війна. На жаль, за даними ВООЗ, близько 9,5 млн українців, як мирних жителів, так і військових, потребує психологічної допомоги. Близько 40% населення України за прогнозами потребуватиме її після війни – літні люди, ветерани, діти і жінки; військовослужбовці. Робота психолога набагато ускладнюється в цих умовах, проте вона наразі затребувана як ніколи.

### ***3. Професійне середовище як фактор соціально-психологічного супроводу військовослужбовців***

Роль професійного середовища щодо повернення військовослужбовця до активного, повноцінного соціального і фахового функціонування, до стану психологічного добробуту, неможливо переоцінити. Від воїнського осередку залежить надати визнання значимості воїна для товаришів по зброї, створити у нього відчуття себе прийнятим і таким, якого розуміють і поважають. Це зрозуміло для всіх, але повною мірою реалізувати такі можливості вдається не всім і не при будь-яких умовах.

Що ж саме потребує військовослужбовець для відновлення професійної чи принаймні громадянської, повноцінної в ціннісно-смісловому відношенні і за можливості суспільно корисної діяльності?

пошук професійної самореалізації потребує самоаналізу, ідентифікації себе в професії та соціумі і роботу над собою в цьому відношенні;

пошук спільності з іншими людьми своєї професії потребує посиленої уваги до здатності вести діалог;

пошук правильної дистанції щодо людей потребує автономізації;

пошук форм повсякденного буття, які можуть стати новими звичками, потребує тверезої оцінки своїх сил і можливостей, соціальної активності;

пошук соціально-психологічного ландшафту життєтворчості, згідного з особистісними потребами (служіння, прагматичний, гедоністичний (в якості тимчасового), саморозвитку), потребує само-актуалізації та самодисципліни, вміння зважено підійти до своїх потреб, домінант, можливостей у професії та в повсякденному житті.

У всіх цих пошуках, при безумовно необхідних неабияких зусиллях з боку самого реабілітанта, йому має допомагати професійне оточення, рівні за званням службовці та командування. Існує низка необхідних умов успішного відновлення психологічного добробуту військовослужбовця. Але достатньою умовою виступає обоюдна праця його і професійного осередку з реінтеграції й реадаптації. В ідеалі, який, на жаль, через війну навряд чи можна досягти, і у випадку неспроможності військовослужбовця до професійної діяльності в звичному для нього порядку ця людина потребує підтримки саме від людей, з якими вона пліч-о-пліч виконувала свою бойову роботу.

Яку ж саме допомогу військовослужбовцю в процесі реабілітації може і повинен надавати колектив, командування? Які форми допомоги існують?

Йдеться передусім про вербальні форми спілкування; про роз'яснення, діагностичну, профілактичну бесіду, тобто заходи індивідуальної виховної роботи командира з підлеглим, що входять у склад соціально-гуманітарної роботи з персоналом.

Далі, мається на увазі спрямоване спостереження; діагностична бесіда, роз'яснювальна бесіда, посилене індивідуальне доручення, – тобто знов-таки

заходи індивідуально-виховної роботи, які мають психологічний зміст і при цьому не виходять за межі компетенції командира. Командир не може взяти у спілкуванні з підлеглим виховних заходів і процедур психокорекції, які не в його професійній компетенції і для яких потрібен психолог. Але він має бути авторитетною інстанцією життєвої істини для своїх підлеглих і завдяки такій чесноті активно і цілеспрямовано чинити свій психолого-педагогічний вплив.

У воєнний час практично нема людей, які не ризикували б здоров'ям і життям. Зрозуміло, що командир, який керує бойовими діями підлеглих, не в змозі відмінити ризиковані для них операції, необхідність самовідданості та подвижництва на війні. Але він спроможний берегти підлеглих наскільки це в його силах. Люди завжди відчувають турботу про себе, а на війні особливо.

Воїнський колектив, як уже відмічалось в нашому навчальному курсі, згуртовується ієрархічним підпорядкуванням по службі і за рахунок спільної для всіх дисципліни. Відтак стосунки в колективі в екстремальній обстановці бою виходять за рамки товариських і стають дружніми ба навіть братськими. Такі стосунки являють собою потужний ресурс для реабілітації і реінтеграції військовослужбовця з наслідками бойової травми. Згідно з воїнською етикою відносини між рівними за званням характеризуються взаємною допомогою і професійно обумовленою звичкою покладатись один на одного, довірятись і розраховувати на те саме, особливо коли йдеться про екзистенціальні ризики. В якості чинника соціальної реабілітації товариське спілкування, згадування про хороше і відволікання уваги реабілітанта від тяжких спогадів є потужним фактором покращення його психічного стану. Не лише співчуття, тактовність і здатність розділити з товаришем болісні переживання, але і висловлення до нього щирої поваги, визнання його внеску у загальну справу, хоробрості та мужності справляють неабиякий позитивний вплив на хід реабілітації. Більш за те, можна без перебільшень стверджувати, що в соціально-психологічному відношенні допомога товаришів і колективу може творити чудеса в піднятті оптимістичного настрою та активності. Сумісні мрійливі міркування і плани

на життя за прийдешнього мирного часу, розповіді про родинне життя, думки і спогади, якими приємно ділитись у години хоч і вимушеного, але все-таки спокою, можуть бути цілющими і для реабілітанта, і для співрозмовника.

Міркуючи про соціально-комунікативні засоби реабілітації військових, не варто забувати про процедури та заняття, характерні для зцілення душі, як такого, в будь-яких обставинах. Одним з таких корисних засобів для молодих і не звиклих до вимушеної бездіяльності людей є посильна праця, наприклад на земельній ділянці, на території реабілітаційної установи. Праця захоплює своїм мірним ритмом і відволікає від тяжких думок, особливо коли її робить людина не наодинці з цими думками, а в компанії інших реконвалесцентів. У випадках не тяжких функціональних ушкоджень можливо провадити бесіди у сполученні з прогулянками, теренкуром, неважкими лікувальними вправами і всіма іншими заходами з фізичної реабілітації за умов компенсованого стану щодо симптомокомплексу, з приводу якого реабілітація здійснюється.

Як висновок слід зазначити, що розглянуті нами заходи соціальної реабілітації військовослужбовців практично повністю знаходяться в царині професійного середовища і обов'язків його представників. Підкреслимо, що всі ці важливі заходи вкладаються у функціональні обов'язки командирів. А відтак, службові зносини є потужним засобом гармонізації самопочуття та встановлення психологічного добробуту реабілітанта.

### **Рекомендована література**

51. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
52. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX ([rada.gov.ua](http://rada.gov.ua))
53. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>



54. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
55. Горбунова В.В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В.В. Горбунова // Наука і освіта. - № 5. – 2016. – С. 40 – 44.
56. Лебедєва С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Похілько Д.С., Тімченко О.В., Христенко В.Є. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / - Харків: ФОП Панов А.М., 2019. -176 с.
57. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
58. Медична і соціальна реабілітація: Підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – 2-ге вид., перероб. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 464 с.
59. Оніщенко Н. В. Психологічні особливості переживання початку війни цивільним населенням м. Харкова/ Н. В. Оніщенко // *Проблеми екстремальної та кризової психології*. - 2022. - № 1(3). - С. 84-96.
60. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД – 2017. – 80 с.
61. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ // Спільнота EnableMe./ Форум підтримки та самодопомоги для людей з інвалідністю, хронічними захворюваннями та їхніх родичів. <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895>
62. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>
63. Ilagan Gail T. War Wounded. Combat Stress Sequelae of 10ID Soldiers: Monograph / Gail Tan ilagan. – Ateneo de Davao University: Research and Publications Office. 2010. 156 pp. [https://www.academia.edu/13100081/War\\_Wounded\\_Combat\\_Stress\\_Sequelae\\_of\\_10ID\\_Soldiers](https://www.academia.edu/13100081/War_Wounded_Combat_Stress_Sequelae_of_10ID_Soldiers)

## ЛЕКЦІЯ 9

### *Духовно-емоційний аспект соціально-комунікативних технологій у відновленні соціальної та професійної спроможності службовців*

#### План лекції

1. Соціально-культурний зміст комунікації
2. Соціальні техніки в реабілітаційному процесі
3. Вплив творчості на психоемоційний стан реципієнта в аспекті соціально-психологічного супроводу

#### *1. Соціально-культурний зміст комунікації*

Соціальні відносини несуть **обмін спроможністю до праці**, в чому, як відомо, полягає їх сутність і призначення щодо суспільного виробництва. **Суспільне виробництво** – це процес створення матеріальних благ, суб'єкта продукування і споживання матеріальних і духовних благ, та **соціальних відносин**, які забезпечують даний процес у спосіб відтворення і трансляції **соціального досвіду** за посередництвом нормативного **соціокоду** культури.

Починаємо розгляд навчальних питань даної теми з понять і визначень загального соціально-філософського характеру, які мають орієнтувати наші міркування щодо специфіки соціально-комунікативного аспекту соціальної реабілітації. З поняття суспільного виробництва ми бачимо, що суб'єкту, а в даному випадку реципієнту реабілітаційних процедур і заходів, є насущним: **1) відновити соціальну спроможність за законами обміну – спроможністю до праці, до чуттєво-емоційної взаємодії, до повноцінного спілкування шляхом**

2)активації та гармонізації духовних сил і здатностей задля 3)повноцінної і за можливості професійної соціальної комунікації.

Соціальна комунікація та соціальна спроможність виступає і засобом і ціллю духовно-практичного відновлення особистості. Якщо виконуються ті необхідні умови щодо медичного, зокрема лікувального забезпечення, які є базисом реабілітаційного процесу, то настає черга для аналізу надбудовних, духовно-практичних його чинників. Категорії базису та надбудови, також зі сфери соціальної філософії, відображають у даному випадку діалектичну єдність, взаємну представленість аспектів реабілітаційної технології. Маємо наголосити на положенні, яке вже опрацьовували в попередніх навчальних темах, а саме взаємне потенціювання впливів щодо фізичного та психічного гомеостазу і добробуту особистості в умовах інтегральної якості процесу.

У визначенні суспільного виробництва ми виділили компоненти, до яких з погляду практики реабілітації тепер підійдемо у зворотному порядку. Йдеться про 1)таке забезпечення повноцінного сприймання духовних явищ і освоєння закодованого в культурі досвіду поколінь, яке 2)сприятиме більш повноцінному та конструктивному характеру відносин реабілітанта з його соціальним і за можливості професійним оточенням з метою 3)відновлення і підтримання у стабільному стані спроможності особистості, що піддається реабілітаційному впливу, як учасника *суспільного виробництва*, принаймні у фізично посильному обсязі; можливо у формі наставницької, інструкторської допомоги колегам у професійній сфері діяльності; як *сім'янина* тощо.

Соціальна природа людських відносин, яка безпосередньо виявляється в життєдіяльності професійного, і особливо воїнського або виробничого колективу, в якому від участі і внеску кожного члена організації залежить соціально-психологічний клімат групи та успіх спільної справи, по-іншому проявляється в сімейних, дружніх і товариських стосунках. Спостерігається такий взаємозв'язок і взаємозалежність суспільного та особистого, у якому вони підтримують одне одного. Важливо, що професійні успіхи та службові

відносини, що обстоють на краще для особистості в повному благополуччі, дають серйозний позитивний заряд сімейним взаєминам у всіх їх проявах і підтримують людину в гармонійній рівновазі всіх її сутнісних сил. Однак не менш важливо, а в сфері реабілітації просто-таки суттєво те, що сімейні та близькі дружні стосунки здатні стати фактором відновлення психологічного добробуту, коли людина випадає з професійного середовища і тимчасово призупиняє суспільне функціонування через негаразди зі здоров'ям. Сім'я стає опорою для людини у важкі часи, коли людина потребує підтримки та допомоги. Сім'я стає цілющим середовищем, здатним відновити фізичні та душевні сили людей.

Відтак духовний фактор соціальних відносин, що до них належать не тільки робочі, а й навіть найбільш близькі стосунки людини, відіграє базову роль щодо забезпечення її психологічного добробуту.

## ***2. Соціальні техніки в реабілітаційному процесі***

*Соціальна техніка (технологія)* – згідна меті і завданням комунікації, спеціально розроблена форма взаємин між інстанцією, акторами і аудиторією реципієнтів у процесі формування її поглядів, позицій, установок та ін.

Поняття соціальної техніки застосовне до взаємодій із великим загалом і з невеликою групою людей. Існує також специфічний аспект цього поняття, пов'язаний із *технологією відновлення соціальної спроможності індивіда* та налаштування його на «хвилю» соціально згідних умонастроїв за допомогою спеціальних алгоритмів і прийомів спілкування.

Соціальні техніки та технології (більш складні структури, ніж техніки) мають ярко виражений ігровий компонент. При цьому під грою розуміється регламентований певними правилами процес групової або масової діяльності з обов'язковим прийняттям цих правил на раціональному рівні і сугестивним

шляхом. Гра характеризується сценарієм, ключовими фігурами та командою, яка виконує цілеспрямовані дії. Більшості учасників можуть не бути відомі ті цілі, до яких скеровується весь процес. Так працює з групою психолог, адже він не доповідає кожному, які саме якості формуються у грі. Так відбувається у самій природі гри: подивімося на дитячі ігри, в яких за умовною легендою стоїть розвиток соціального інтелекту, креативності, кмітливості, швидкості реакції, та ін. На подібних основах розробляються рольові та ділові ігри. Гра практикується і в виборчих компаніях суб'єктами організації піару. Незавжди побачити різницю між психологічним та соціальним вимірами комунікації. Та однак їх розрізнення є умовним зважаючи на єдність процесу. Розрізнити ці сторони потрібно для того, щоб кожен грамотно робив свою професійну справу – психолог свою, а соціальний працівник свою.

Абсолютно незаперечним є факт застосування значного арсеналу форм і засобів впливу на свідомість і позасвідомі складові психічного стану людей у роботі психолога, від словесного переконання до НЛП. Соціальний аспект у комунікативному процесі видається більш прямолінійним та обмеженим за своїми засобами, але це не зовсім так.

Що ж саме складає зміст соціальної технології в компетенції фахівця в частині соціальної реабілітації? Звернімо увагу на такі її задачі, як:

створення або відновлення «душевного гомеостазу», врівноваженого та конструктивного ставлення до дійсності, до самого себе та інших;

створення/змінення (для виконання вказаної задачі) мікро-соціального середовища, оточення реципієнта;

залучення (для формування налаштувань оточення) професійних кадрів зі сфери основної діяльності реципієнта;

роз'яснювальна робота (для забезпечення їх правильної соціальної дії) з залученими учасниками соціально-реабілітаційного впливу;

відпрацювання комунікативних засобів у певній соціальній ситуації.

Чому ми позначаємо специфіку таких процесів у категоріях технології, гри, ефекту, навіювання та ін.? Справа в тому, що:

1) декларативні заяви навряд чи можуть забезпечити душевну рівновагу людини. Вона відчує, що з нею панькаються, не сприймають всерйоз. Більше можна досягти, залучаючи індивіда у спеціально розроблені ситуації. Такими є ефекти ігор, тренінгів, інтерактивних шоу та ін.

2) реципієнт може не розуміти, наскільки далекий його реальний статус від конструктивних критеріїв. Наприклад, людина з ПТСР може відчувати та реалізувати агресивні наміри у власній родині, практикувати компенсаторну агресивну поведінку в порядку від-реагування, відіграшу негативних емоцій, не розуміючи глибоких причин своєї поведінки крім роздратування якостями близьких людей, тобто тригерів такої поведінки.

3) результат і сам процес комунікації не завжди є доцільним оформляти у вигляді понять і роз'яснень. Йдеться про спеціально розроблену практику, а відтак про цілеспрямований вплив, щодо якого ймовірно застосовне поняття маніпуляції. Щоправда, з поправкою на проведену Е. Шостромом різницю між маніпулятором та актуалізатором: перший налаштовує реципієнта в своїх власних інтересах і отримує соціальні та матеріальні дивіденди від його дій, а другий прагне розкрити внутрішній потенціал розвитку особистості, з якою він працює.

Отже, понятійний ряд *гра – техніка – технологія*, застосований до комунікативної складової соціальної реабілітації, визначається насамперед її *опосередкованим характером*. Спеціально розробленими умовами, засобами і прийомами, цілями, задачами, які залучають соціальний ресурс реципієнта і формують його соціально-психологічний статус без обов'язкових роз'яснень самого алгоритму впливу.

Хто саме виступає у ролі інстанції, акторів і реципієнтів соціальної техніки?

1) інстанцією соціальної техніки взаємодій із реабілітантом є фахівець, або група фахівців, які розробляють конкретну систему процедур і заходів;

2) в якості акторів виступають по-перше фахівці з соціальної роботи та психологи, які безпосередньо реалізують «сценарій» професійної комунікації й підключають до неї близьке оточення реабілітанта, його колег по роботі та, за можливості, сімейне коло за посередництвом роз'яснення, інструктування, допомоги у створенні необхідних умов відновлення психологічної рівноваги і відчуття безпеки. Відчуття безпеки – єдине, що може повернути людині сили, передусім фізичні сили, а на цій основі душевну рівновагу для відновлення та конструктивного налаштування мотивації діяльності. Цілком очевидно, що в безпеці лише й можливо боротись із постійними викидами адреналіну в кров, що запускають руйнівні для серцево-судинної системи процеси; з викидами і впливом на ендокринну систему кортизолу – гормону стресу, і т.ін. Боротьба за здоров'я є здійсненою тільки за умов подолання руйнівних чинників, які запускають механізми декомпенсації хронічних захворювань та порушують баланс нейрогуморальної регуляції організму. Отже, виявляється глибинний зв'язок між, здавалося б, простою річчю, як соціальна комунікація, затишок і підтримка, – і надскладними процесами в організмі людини. Збереження для реабілітанта умов безпечної життєдіяльності зусиллями його оточення, котрі направляються спеціалістами психологами та соціальними працівниками, є засадним фактором реабілітації. Численні засоби внутрішньої гармонізації та стабілізації фізичного і психологічного гомеостазу спираються на створення надійного і спокійного середовища життєдіяльності людини;

3) у ролі реципієнтів соціальної техніки виступають і реабілітанти, і, в певному ступені, фахівці, що реалізують її. Благотворно вплинути на фізичну і психологічну рівновагу людини може тільки той, хто сам здатен зберігати і відновлювати свій внутрішній баланс; хто може зняти почуття тривоги або ж

розгубленості, допомогти впоратись із страхом, тригерами хронічного стресу і наслідками психічної травми.

Засоби духовно-емоційного впливу на реципієнта «за межами» або «як акомпанемент» до медичної реабілітації незліченно багатоманітні. Більш за це: деякі із цих впливів діють неначе «між рядків» цілеспрямованого впливу. Легкий дотик добрих рук, підбадьорливий погляд, лагідна посмішка, теплота і впевненість в успіху справи можуть бути не менш ефективними за медичні препарати, як-от бета-адреноблокатори та стимулятори серцевої діяльності.

І все ж-таки є сенс указати на засоби, про які йде мова.

Поділимо умовно їх за критеріями: характер і джерело. Вербальні та невербальні, соціальні та родинні (подружні, батьківські).

До вербальних ми відносимо бесіди, роз'яснення, переконання, та інші впливи, що формують почуття впевненості, безпеки, позитивні оцінки себе та своїх можливостей.

До невербальних відносяться направлені і спонтанні впливи близької доброї, благотворної присутності інших людей, а також специфічний вплив явищ загальнолюдської культури – музики, кінофільмів, естетичні, моральні, психофізіологічні регулятори самопочуття.

Соціальні впливи – це направлені дії професійного середовища, колег і фахівців по відновленню психологічного добробуту людини і забезпечення її психологічної готовності за можливості повернутись до звичної діяльності.

Родинні впливи – це дії найближчого оточення людини, спрямовані та мимовільні, не усвідомлювані повною мірою, щодо нормалізації її фізичного і психологічного стану. Діапазон цих дій імовірно найширший – від догляду і забезпечення виконання призначень лікарів до створення атмосфери любові, яка дійсно творить чудеса.



### ***3. Вплив творчості на психоемоційний стан реципієнта в аспекті соціально-психологічного супроводу***

Явища творчості існують у культурі за посередництвом їх впливу на суб'єктивну реальність – і, таким чином, оновлення соціального досвіду. Встановити факт творчості, а тим більше міркувати про неї, можна, відтак, тільки на основі естетичних актів, – апперцепції (уваги до своїх відчуттів) та оцінки, – а вона завжди суб'єктивна. Позаяк естетична чуттєвість передбачає внутрішню комунікацію: ми віддаємо собі звіт у події досвіду, що стається. Сила творчості – то є сила перемін у статусі духу. Її онтологічним моментом є поява речі духу, яка продовжує творення реальності. якими є механізми і наскільки суттєвим є масштаб впливу, який чинить на психологічний статус творчість? Чи маємо право застосовувати категорії терапевтичного ряду до зумовлених нею змін?

Зазначимо, що в літературі нерідко можна зустріти термін «терапія» у відношенні до різноманітних засобів організації впливу духовної культури на стан реципієнта (наприклад, термін «естетотерапія», навколо якого О. Федій буде розлогі рекомендації з психологічної гармонізації суб'єктивності). Слід із самого початку дати раду подібним спекуляціям. ***Терапія – справа лікарів, а не педагогів або психологів. Психологія має справу з психічно здоровою, а не хворою на психоз людиною. Психічні захворювання є компетенція лікаря психіатра.*** Отже, все різноманіття впливу мистецтва, спілкування з людьми та тваринами (іпотерапія, феліно- та дельфінотерапія) лише умовно є такими, що відповідають назві терапія. Радше йдеться про допоміжні засоби. Скажімо, дошкільнику, що страждає на розлад аутистичного спектру за чітко (наскільки можливо) поставленим лікарським діагнозом, показані 10 сеансів дельфінотерапії. В симптомокомплекс аутизму входить відмова від м'ясних продуктів (нерідко). Після сьомого сеансу дитина згодилася з'їсти котлету. В даному випадку спілкування з дельфінами є допоміжним засобом.

І все ж-таки не професійне марнославство, а *розширювальне значення* терміна «терапія» рушить фахівцями, які пропонують уживати прийоми та засоби творчості, в основному художньої творчості, задля гармонізації стану фізичного та психічного самопочуття при реконвалесценції та реабілітації. В гуманітарних науках побутує метафора *зцілення*, оскільки творчі практики, від прикладних форм народної ручної праці до складання поезій та музики, є засобами відтворення *цілісності* психічного світу людини. *Суб'єкт – то є поняття, рівнозначне цілісності (естетичного) відношення до дійсності*, до інших і до самого себе. При цьому механізми впливу самодіяльної творчості на гомеостаз реабілітанта не завжди очевидні, а іноді не піддаються аналізу в академічних категоріях. Інколи можна спостерігати такий вплив у дії, але не вповні можливо інтерпретувати його покрокове здійснення. Терапія у даному випадку і розуміється як цілющий вплив, який безумовно відіграє допоміжну роль у процесі медичної та соціальної реабілітації в цілому. Очевидно, що за допомогою духовних явищ відкриваються канали комунікації з особистістю, що зазнала стресового впливу. Пролонгований вплив творчих практик надає засоби для поступового повернення людині її внутрішньої рівноваги.

Стратегія творчості егоцентрична, але вона є стихійною самовіддачею. Якщо художник віддає, то решта – беруть. Характерно, що і на цей рахунок існує влучна метафора «духовна пожива». Авангардист Василь Кандінський про пісне, як на його смак, наслідування класичних зразків, сказав, що з такої виставки «душі людей підуть голодними». Що «насичує» душу, суб'єктивну реальність аудиторії? – Переживання повноти життя, цілісності. Звідси слово – зцілення.

Як відомо з класичних набутоків психотерапії, зцілення відбувається за умов усвідомлення. «Повернення до себе» передбачає досягнення якомога більш ясного розуміння внутрішніх проблем, що іноді можливе саме через творчість. Робота зі словом виявляється грандіозною працею з самопізнання, перетворення, компенсації пережитого. Так, герой роману Марселя Пруста

«В пошуках утраченого часу» прагне відновлення особистісного потенціалу і стихійно залучає потужний «конвертор» психічного світу – з усіма тайними душевними ранами, болісними переживаннями, – у стан рівноваги Я-образу і образу світу. У романі Марсель відвідує дім, де він зростав. Він знов куштує печиво, яке, перед тим як покласти до рота, треба трохи змочити в чашці з чаєм. І в цю мить його окришила «радість, яка звільняє». У нашому випадку йдеться про усвідомлення людиною своїх проблем і пошук їх розв'язання. Письменство – характерний приклад роботи з самоаналізу та корекції, відтак типізація образів обумовлює співтворчість автора й аудиторії, а тим самим – і спонтанне коригування психічного стану реципієнтів. Якщо творчість стає терапією для того, хто творить, лише тоді він здатен сприяти психологічному добробуту аудиторії.

Механізм впливу творчості концентрується в понятті *катарсису*; отже для «очищення» в такий спосіб потрібен ефект перенесення, проєкції. Ефект духовних явищ можна також уподібнити відвертій *бесіді* з людиною, котра може дати раду нашій душі у скрутному стані. Було б марно міркувати про професійні межі такої бесіди.

Тема зцілення творчістю включена як у поле психології, так і в медичні розвідки. Найбільш популярна – використання та інтерпретація малюнків і музичення в психотерапії. Так само «старою» є ідея сприяння покращенню тілесних станів пацієнтів під час медичної реабілітації або, опосередковано, через не усвідомлюваний вплив на функціональні процеси в організмі, на імунну систему хворих. Слід, утім, зазначити, що такі дослідження не мають багатократно доведеної ефективності попри поодинокі валідні експерименти (як-от виміри відносної позитивної динаміки у хворих на саркому у відповідь на сеанси слухання музики в одному з медичних закладів у США; звучання музики під час хірургічних операцій в одній з клінік Німеччини; діяльність музикантки-психотерапевта з паліативної підтримки людей похилого віку та дітей). З погляду психології зцілювальний потенціал творчості розглядається

в межах прийомів психокорекції, наприклад, стресових розладів, тимчасових порушень у психічному самопочутті реабілітантів. У сучасному культурному контексті принципово значима диференціація форм і методів терапевтичного впливу творчості.

Необхідно розрізняти клінічні та профілактичні ситуації спеціально організованої творчості, розуміти специфічний характер такого впливу, його цілі та характер взаємодії, наприклад, із медичними методами та прийомами. Слід визначити та структурувати терапевтичні характеристики творчості. На сьогодні «музикальні вітаміни» або «музика для здорового сну» не можуть серйозно розглядатись, хоча донедавна спостерігався справжній бум навколо «лікування мистецтвом». Ліплення, різьблення, танці, малювання на піску, театралізація, – ці й інші прийоми в кращому випадку можуть розглядатись як приблизне сприяння психічній рівновазі аудиторії. Будь-яке захопливе або вдумливе заняття сприяє такій рівновазі, будь-яка робота «лікує» від сумних думок і від занурення в негативні емоції. Цілющий вплив чинить наукова і технічна творчість, – усе, що дає змогу створювати розрізнених елементів цілісність.

У знаному кінофільмі «Ігри розуму» хворий на шизофренію видатний учений опановує техніки приборкання персонажів своєї хворобливої уяви і підіймається над власним патологічним досвідом. Вони «не щезли і навряд чи щезнуть, але я навчився не помічати їх, і вони, видимо, вирішили на мене плюнути. – каже він колезі. – Чи не так з усіма нашими мріями й кошмарами; якщо їх не підгодовувати, вони тануть. – Але ж вони переслідують тебе. – Вони моє минуле, а минуле завжди переслідує нас»... Розглядати приклади зцілення творчістю, слід добре розуміючи канали такого зцілення. Терапія в цьому прикладі майже фантастична: завдяки величезній силі розуму реальна людина надихала сюжет фільму своєю успішною борнею з недугою. Однак здебільшого терапія є медичне лікування. У психології і гуманітарних науках термін «терапія» залишається метафорою, яка указує на професійний статус

роботи психолога з клієнтом або групою, що застосовує заняття творчістю. У соціальній реабілітації така робота має неабияке значення – саме завдяки вже схарактеризованій властивості творчих занять скріпляти внутрішню єдність у процесі відновлення фізичних і психічних сил реципієнта. Технічна творчість сприяє психологічному добробуту особистості. Не випадково необтяжливі для здоров'я та корисні заняття застосовуються у реабілітації. Прикладний характер занять, раціональні чинники і вимоги конструктивного мислення утворюють шлях урівноваження психічних станів і процесів.

Шляхи, якими досягається ефект, можуть бути скритими через непричинну логіку, що відрізняє духовні явища. Ціле завжди є «більшим» за суму своїх частин, а духовна культура більш характеризується невербальною комунікацією. Духовні явища можуть наvertати до прийняття важливих життєвих рішень, тобто, беручи до уваги одне із вищезазначених понять, змінити наш життєвий ландшафт, оскільки мають здатність до акумуляції культурного досвіду. Проте нема сенсу трактувати такий вплив як спосіб безпосередньої трансляції «рецептів» діяльності, оскільки досвід передається в узагальненому, концентрованому вигляді і є доступним у відповідних для сприймання психічних станах; отже духовна робота активує життєву позицію загалом.

Важливою для благотворного впливу духовних практик є естетична насолода, невіддільна від «резонансу», у який він входить із нашим досвідом. Існують особливі вимоги до професійних можливостей фахівця, який бере на себе відповідальність провадити таку роботу, передусім висока креативність і чуйність, розвинена настільки, щоб працювати з уподобаннями та потребами реципієнтів. Крім того, арт-терапевту бажано крім естетичної культури мати й додаткову художню освіту, на заході це є професійною вимогою. Видова диференціація арт-терапії є значною. Багатий спектр видів мистецтва визначив і спектр різновидів терапевтичного впливу психології – казко-терапія (один із провідних видів, що сходить до древніх оповідально-

співацьких практик, а через них – до найдавніших сугестивних прийомів), музична терапія, танцювально-рухова, маско-терапія та бібліо-терапія, драма-терапія, терапевтичний вплив синтезу мистецтв, та ін.

Йдеться не про ізольоване оволодіння прийомами та формами впровадження мистецтва в процес реабілітації, але про практику виходу до базового спектру психологічних проблем, тобто тривожних станів і фобій, травм, сімейних проблем, питань самореалізації та «професійної ідентичності». Скажімо, «динамічна арт-терапія» становить психологічну допомогу через спонтанну творчість і мистецтво з метою впливу на ментальний, емоційний і тілесний стан людини. Звідси інтуїтивна доступність технік, роз'яснення аудиторії механізму даної практики, що уможливорює модифікації, й алгоритм роботи з дисгармоніями та іншими психологічними утрудненнями. Терапія мистецтвами актуалізує сучасний досвід психоаналізу й аналітичної психології; дослідження структури, динаміки та патології тривожно-фобічних станів. Відомі екзистенціальний і поведінковий підходи до психічної травми, теорії психосоматичних процесів. Відмічається тенденція до синтезу аналітичних процедур, апробованих і модифікованих у практиках аналітичної психології, психоаналізу і транзактного аналізу, тілесно орієнтованої терапії. Усі вони інтегруються в системну практику гармонізації психічного світу особистості. Звертає на себе увагу актуалізація ведичних психотехнік, яка працює в контексті цілющого впливу дикої природи, знаходження її «витворів» (з їх когнітивно-символічною інтерпретацією), арт-практик, натхненних нею. Стратегою арт-терапії такого роду є забезпечення психічних станів, які сприяють самоактуалізації, тим самим стаючи «провідниками» до розуміння внутрішніх проблем і шляхів їх можливого розв'язання. Художньо-естетична активність аудиторії створює як середовище, так і процесуальні ресурси такої роботи, як-от застосування технік акварелі, графіки, фотографії, пластичні техніки колаж, ассамбляж, робота з природними матеріалами. А, своєю чергою, арт-букінг, портретування, створення мандали, метафорична комунікація й аналіз

символів, системне й імагінативне моделювання; основи терапевтичної комунікації й аналітичних практик активують ресурси самовираження, саморефлексії, обміну стихійним психологічним взаєморозумінням в атмосфері довіри.

Фінляндський психотерапевт Марко Пунканен у практиці індивідуальної терапії психічних розладів, зумовлених тривалим вживанням наркотичних речовин, застосовує клінічні методи для впливу на стан пацієнта. Передусім, це можливість використання гіпнозу, що відрізняє практику лікаря від роботи психолога (в тому числі медичного) або педагога. Професійна компетенція лікаря-психотерапевта передбачає можливість медикаментозної терапії психічних розладів. Тож закономірно, що лікар-психотерапевт не просто спирається в своїй роботі на функціональні процеси вищої нервової діяльності, але і здійснює лікувальний вплив на їх стан і перебіг. Коли можлива компенсація або навітьвилікування, або коли йдеться про гострі й тимчасові стани, на допомогу лікареві можуть прийти різноманітні засоби сугестивного впливу. Музика, у даному професійному контексті, один з них. Тобто художня цілісність творів у випадку хворобливого стану психіки відступає на другий план. На першому плані – щодо музики – її зв'язок із можливим досвідом пацієнта або її здатність до заспокійливого впливу, до зняття нервово-психічного збудження хворого. В медичних цілях музика застосовується як допоміжний інструмент, що чітко простежується, наприклад, у випадках її фонового використання під час тих чи інших процедур. У разі інтегрального підходу, орієнтованого на психосоматичну єдність єства людини, вплив на психіку відправляється від органічних процесів і їх ролі посередньої ланки в налагодженні роботи психіки. Прикладом інтегрального бачення психосоматичних явищ і процесів і є позиція М.Пунканена і метод, за посередництвом якого він працює з пацієнтами, які тривалий час перед тим вживали наркотики. У методі Пунканена опорною реальністю внутрішнього світу пацієнта стає соматична пам'ять (*somatic memory*). Пам'ять тіла – це феномен досвіду, який склався на

основі стереотипу тілесних виявів (у даному разі патологічного характеру), звичних дій пацієнта, які супроводжувалися такими відчуттями, котрі «запам'ятало» тіло, і вони закарбувалися й у психоемоційній сфері. Ця фіксація вітально-тілесного досвіду не обов'язково зберігається на актуально усвідомлюваному рівні або у вигляді цілісних, окремих переживань. Позаяк вона має іррефлексивний характер, що нагадує зціплення тілесного досвіду і чуттєво-емоційного фону або гостро негативних переживань, що лише іноді заявляють про себе, то психотерапевт орієнтується на поступову й обережну актуалізацію пережитих подій, забезпечуючи за посередництвом впливу на соматичні процеси узгодження обох функціональних компонентів. У даному випадку, подаючи інфразвукові хвилі безпосередньо в тіло пацієнта, який знаходиться на спеціальній кушетці з підведеною апаратурою, лікар одночасно промовляє до нього і пропонує фрагменти його улюбленої музики. Терапевтична бесіда передбачає поступову актуалізацію минулого, а в ньому – і негативного досвіду. Автор зазначає, що при появі ознак стресу, заподіяного такими спогадами, прослуховування приємної пацієнту музики дозволяє пом'якшити реакцію на стрес, створює позитивний «якір», і, отже, відкриває можливість переключити увагу. Поступово перед лікарем постає повна картина минулого, яку належить осмислити при плануванні допомоги пацієнтові. У даному випадку навряд чи може йтися про творчість. Але у клінічній практиці склався і більш дотичний до креативних ресурсів пацієнтів досвід. Наприклад, у вітчизняній практиці, в роботі Одеського профілакторію з реабілітації пацієнтів із посттравматичними стресовими розладами, котрі супроводжуються неврологічним симптомокомплексом у вигляді дисомнії, головного болю, судинно-вегетативних порушень, застосовується слухання благозвучної, заспокійливої музики. Спрямованість такого підходу – забезпечення профілактики і полегшення перебігу захворювань, супроводу різноманітних втручань та ін. Вибір музично-звукового ряду, який розглядається як набір акустичних сигналів,



адресованих слуховій рецепції, визначається терапевтичними задачами, що стоять перед лікарем.

Починаючи з 60-х років ХХ ст. практикується дослідження впливу музики на вищу нервову діяльність за допомогою електроенцефалограм та аналізу шкірно-гальванічних реакцій. За даними таких досліджень виявлено зміни потоку збудження в кортико-таламічних і кортико-лімбічних колах. Важливо, що з медичними цілями використовується як фізико-акустичний, так і психо-естетичний вимір музичної перцепції. Відомо, що симфонічні та деякі інші твори класичної традиції благотворно впливають на альфа-ритми мозку, оскільки створюють десяти-секундні коливання ритмів електричної активності кори великих півкуль, тоді як нав'язливо-монотонний ритм, більш властивий масовій звуковій продукції, породжує одно-секундні коливання і більше впливає на підкіркові, моторні процеси, пригнічуючи центри мозку, що відповідають за функції мовлення і мислення. Сугестивний вплив, отже, не є атрибутивною властивістю музики як мистецтва. Він більш притаманний різновиду сигналів, які, діючи на підкірку, спричиняють іррефлексивний, не підвладний естетичній свідомості відклик, реакцію, яка, однак, реєструється і поширюється на весь «ареал» психічної діяльності. Найбільш очевидна з них – стан своєрідного «розкріпачення». Таким є вплив рок-інструментарію. Встановлено, що позитивні естетичні емоції, що свідчать про реакцію кори головного мозку на музично-звукові якості і збільшення частоти серцевих ударів, у більшості випадків сприяють нормалізації мозкового кровообігу. Існують дослідження взаємозв'язку між музичним ладом (мажором і мінором) та характером фізіологічних реакцій організму на музику. Таким чином, художні емоції опосередковують вплив музики на інтенсивність процесів обміну, дихання, функціонування серцево-судинної системи.

У США з середини минулого століття працює Американська Музико-Терапевтична асоціація, діяльність якої значною мірою стимулювалася цілями реабілітації ветеранів Другої світової та в'єтнамської війн. Завдяки

ініційованим у такий спосіб дослідженням музична терапія посттравматичних стресових розладів виділилася в окремий напрямок музико-терапевтичної діяльності лікарів та психологів. ПТСР – один з найбільш поширених синдромів, симптоматика яких є поліморфною. Прояви астенії й депресії і вегетативно-судинні розлади, що супроводжуються слабкістю, головним болем та перепадами артеріального тиску, становлять далеко не повну психосоматичну картину такого синдрому. Наведемо приклад «інноваційного зцілення» в клініці *Veteran Affairs Clinic* (Південний Нью-Джерсі, США). Доктор Мері Рорро – психіатр і працівник цієї клініки – обрала в якості терапевтичного інструменту віолу *da braccio* – або «ручну» віолу, тембр якої глибше за скрипковий і вище за віолончельний. Цей старовинний інструмент, з числа предків сучасної скрипки й альти, було обрано нею через «додаткові» виразові можливості, що наближують його до задушевного людського голосу. Також всі можливості, притаманні скрипці, її пристрасний, хвилюючий, динамічний, багатий відтінками і водночас ніжний звук, властивий і віолі, активно використовуються М.Рорро. Методика Рорро полягає в сполученні виконання мелодій на вибір аудиторії та подальшого обговорення травматичного досвіду у груповій психотерапії ветеранів. Якщо ми роздивимось цю методику докладніше, то за зовнішньою простотою нам з'являться чинники достатньо глибокого і комплексного впливу. Пацієнти звертаються с наслідками ПТСР у віддаленому періоді. Отже, нарівні з яскравими і реалістичними спогадами про жахи війни, які нерідко супроводжуються буквальним поверненням у їх пам'яті зорових та слухових вражень воєнного досвіду, відмічається тривале безсоння; нав'язливі спогади призводять до багатьох негативних соматичних наслідків. Не випадково у 80-ті роки «в'єтнамський синдром» було визнано хворобою. Якщо синдроми «солдатського серця», «стомлення битви», «снарядного шоку» були описані раніше, в якості гострих розладів, то в'єтнамський синдром є хронічним і не завжди своєчасно виявляється у своїй різноспрямованій симптоматиці. «У цілющої влади музики немає наукової підтримки, і нема ясного зв'язку між

хімією мозку і впливом музики», вважає психотерапевт. Приємні звучання улюбленої музики запускають механізми, що вивільняють ті ж сильнодіючі хімікати, які працюють в організмі й психіці людини, яка закохується, або отримує будь-яку з насолод життя, або яку охоплюють теплі й безтурботні спогади дитинства. Таким чином музичні терапевти клініки полегшують для ветеранів болісні спогади. Музика, яку люблять, подавляє страх перед ними, знижує занепокоєння, дозволяє оволодіти емоціями. Ветерани, які тривалий період перебувають у клініці, беруть участь у музично-виконавській практиці і іноді також імпровізують. Нарешті, суттєво, що і лікарі і пацієнти вважають «живу» музику більш дієвою, ніж записи. Найбільший ефект дає виконання окремих творів для кожної з груп пацієнтів, але існує спеціальний сценарій сеансу, в якому прослуховування різноманітної музики закінчується темою Фіналу Дев'ятої симфонії Бетховена, яка має життєствердний характер. У числі тих пацієнтів, чий стан вочевидь покращився – ветерани, що страждали на часткову втрату пам'яті, неконтрольовані напади агресії, суїцидальні та інші деструктивні нахили через ПТСР. На основі огляду тенденцій і основних варіантів спрямованості, які на сьогодні склалися в музичній терапії, в арт-терапії взагалі, слід зазначити, що існуючий досвід вивчення і застосування впливу музики, і в активній творчій і в рецептивній діяльності пацієнтів, що практикується, має в будь-якому разі вихід на психотерапевтичний рівень проблем, їх осмислення і розв'язання. Психотерапевтичні підходи, своєю чергою, апелюють до психосоматичної цілісності людського єства, а отже, за більшістю ідей і переконань стоїть проблема гармонізації ставлення людини до світу, до себе й інших.

## **Рекомендована література**

64. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
65. Закон України Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я / Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59 Про реабілітацію у сфері охо... | від 03.12.2020 № 1053-IX (rada.gov.ua)
66. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-likuvannia-ta-reabilitatsiia-postrazhdalikh-vid-viiny-ukraintsiv-bezoplatna>
67. Базарний С.В. (заступник командира військової частини А3880 з морально-психологічного забезпечення). Соціальна реабілітація військовослужбовців. <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf>
68. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД – 2017. – 80 с.
69. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ // Спільнота EnableMe./ Форум підтримки та самопомоги для людей з інвалідністю, хронічними захворюваннями та їхніх родичів. <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazhdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895>
70. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / Т.М. Титаренко // Digital library NAES of Ukraine // <https://lib.iitta.gov.ua/709976/1/>