МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534
спеціальності 053– Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Івановська Олена Віталіївна
Керівник: д.психол.н., професор кафедри психології Клопота Є.А.
Рецензент: доктор PhD, ст. викладач кафедри психології Гречаник М. І.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Івановській Олені Віталіївні

Тема роботи Особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії

керівник роботи Клопота Є.А. д.психол.н., професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» жовтня 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати теоретичні підходи щодо ресоціалізації осіб з інвалідністю; виявити психологічні та соціальні чинники, які впливають на процес ресоціалізації осіб, що отримали інвалідність унаслідок військової агресії; емпірично дослідити особистісні труднощі, потреби й ресурси осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії у процесі ресоціалізації; розробити методичні рекомендації щодо оптимізації процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військових дій.

Перелік графічного матеріалу: 5 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Клопота Є.А., професор		
Розділ 1	Клопота Є.А., професор		
Розділ 2	Клопота Є.А., професор		
Розділ 3	Клопота Є.А., професор		
Висновки	Клопота Є.А., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ О. В. Івановська

Керівник роботи _____ Є. А. Клопота

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ Н. О. Мосол

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 60 сторінки, 5 рисунків, 51 джерело.

Об’єкт дослідження: ресоціалізація осіб з інвалідністю.

Предмет дослідження: особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії.

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії та провести емпіричне дослідження особливостей цього процесу з подальшою розробкою методичних рекомендацій.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що у осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військової агресії, процес ресоціалізації має типові психологічні та соціальні закономірності, зокрема кризу ідентичності, емоційні труднощі, зміну соціальних взаємин, зіткнення з бар’єрами доступності та залежність від зовнішньої підтримки.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел); емпіричний метод – напівструктуроване інтерв’ю та якісний аналіз отриманих даних.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування результатів дослідження в діяльності практичних психологів, соціальних працівників, фахівців реабілітаційної сфери та служб підтримки ветеранів. Отримані дані можуть бути використані для створення індивідуальних і групових програм психологічної допомоги, удосконалення реабілітаційних та соціальних послуг, а також для підготовки майбутніх фахівців у галузі психології та соціальної роботи.

РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ, ІНВАЛІДНІСТЬ, ВІЙСЬКОВА АГРЕСІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНІ БАР’ЄРИ, НАПІВСТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ’Ю.

SUMMARY

Ivanovska O.V., Features of resocialization of persons with disabilities as a result of military aggression.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (51 items). The qualifying work volume is 60 pages long. There are 5 illustrations.

The qualifying work presents a theoretical overview and an empirical study of the resocialisation of persons who acquired disabilities as a result of military aggression. The master thesis consists of two chapters, each addressing different aspects of the psychological foundations, determinants, and practical approaches to supporting the resocialisation of war-affected individuals with disabilities.

The research object: resocialisation of persons with disabilities.

The research subject: peculiarities of resocialisation of persons with disabilities resulting from military aggression.

The aim of the study is to conduct a theoretical analysis of the problem of resocialisation of persons with disabilities as a result of military aggression and to conduct an empirical study of the peculiarities of this process with the subsequent development of methodological recommendations.

The research tasks are:

1. Analyse theoretical approaches to the resocialisation of persons with disabilities.

2. Identify psychological and social factors that influence the resocialisation process of persons who have become disabled as a result of military aggression.

3. Empirically investigate the personal difficulties, needs and resources of persons with disabilities resulting from military aggression in the process of resocialisation.

4. Develop methodological recommendations for optimising the process of resocialisation of persons with disabilities resulting from military actions.

Chapter 1 «Resocialisation of Persons with Disabilities Resulting from Military Aggression as a Psychological Issue» explores the resocialisation of people who acquired disabilities due to military aggression as a psychological issue. It defines and differentiates the concepts of socialisation, resocialisation, and rehabilitation; examines the key psychological factors influencing resocialisation after war-related trauma; and outlines the main forms and methods of psychological support that help individuals with war-related disabilities reintegrate into society.

Chapter 2 «Empirical Study of the Resocialisation Characteristics of Persons with Disabilities Acquired as a Result of Military Aggression» presents the empirical research on the resocialisation of individuals who acquired disabilities due to military aggression. It describes the organisation and procedure of the study based on semi-structured interviews, interprets the obtained results, and provides methodological recommendations for enhancing the resocialisation process of war-affected persons with disabilities.

Key words: resocialisation, disability, military aggression, psychological adaptation, social barriers, semi-structured interview

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА 12

1.1. Сутність та співвідношення понять «соціалізація» і «ресоціалізація», «реабілітація» 12

1.2. Психологічні передумови та чинники ресоціалізації осіб з інвалідністю унаслідок війни 20

1.3. Форми і методи психологічної роботи з ресоціалізації осіб з інвалідністю унаслідок війни 28

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ОТРИМАНОЮ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ 39

2.1. Організація та процедура проведення емпіричного дослідження на основі напівструктурованого інтерв'ю 39

2.2. Інтерпретація результатів напівструктурованого інтерв'ю осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії 44

2.3. Методичні рекомендації щодо організації процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії 48

ВИСНОВКИ. 58

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 61

ВСТУП

Актуальність дослідження. Історичний досвід свідчить про те, що проблема ресоціалізації осіб, які набули інвалідність у наслідок війн справляє істотний вплив на соціальну безпеку та стійкість розвитку суспільства у повоєнний час.

Збройна агресія проти України призвела до різкого збільшення кількості осіб, які отримали інвалідність унаслідок бойових дій, мінно-вибухових поранень, ураження органів чуття, втрати кінцівок та інших тяжких травм. Зміни фізичного стану поєднуються із глибокими психологічними наслідками, порушенням соціальних ролей, втратою професійної діяльності та зміною самооцінки. Водночас особи, які отримали інвалідність внаслідок війни, стикаються з низкою бар'єрів на шляху соціальної взаємодії: обмеженням доступності середовища, стигматизацією, труднощами у відновленні життєвих навичок і соціального функціонування.

У зв'язку з цим, ця тема знову набуває актуальності для сучасного українського суспільства, оскільки від ефективності процесів ресоціалізації значною мірою залежатимуть не лише здоров'я й добробут осіб, постраждалих від військових дій, але й важливі показники соціально-економічного розвитку країни в цілому.

Аналіз наукових публікацій дає змогу пересвідчитись, що у сучасні дослідження стресових та посттравматичних симптомів в осіб, постраждалих від військової агресії представлені такими авторами, як А. Арнольд, І. Базаєва, О. Борисова, Б. Грін, Де. Фаціо та інші.

Вивченню особливостей соціально-психологічної реабілітації жертв збройних конфліктів приділяли увагу М. Романюк, Т. Захаріна, Н. Гуменюк, Л. Гридковець тощо. З іншого боку, дослідницькі групи у сфері disability studies підкреслюють взаємозв'язок між травмою, втратою функціональності та змінами соціальної поведінки. Проте наявні дослідження, нажаль лише

частково охоплюють проблематики ресоціалізації в умовах тривалої військової агресії, що створює наукову прогалину, яку покликане заповнити дане дослідження.

Водночас, попри зростання наукових публікацій щодо психологічних наслідків війни, посттравматичного стресового розладу, реабілітації ветеранів та соціальної роботи з людьми з інвалідністю, питання ресоціалізації саме осіб, які отримали інвалідність унаслідок військової агресії, лишається недостатньо дослідженим. Недостатньо уваги приділено комплексному аналізу їхнього суб'єктивного досвіду, специфічних труднощів адаптації, чинників, які визначають успішність або ускладнюють повернення до повноцінного життя. Окремою проблемою є відсутність систематизованих методичних рекомендацій для психологів і соціальних працівників, які здійснюють супровід цієї категорії осіб.

Таким чином, обрана тема «Особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії» є актуальною як у теоретичному, так і в практичному аспектах, адже відповідає сучасним потребам українського суспільства, світовим тенденціям розвитку психосоціальної підтримки та сприяє розвитку науково обґрунтованих підходів до ресоціалізації осіб з інвалідністю в умовах військового конфлікту.

Об'єкт дослідження: ресоціалізація осіб з інвалідністю.

Предмет – особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії.

Гіпотеза полягає у припущенні, що особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військової агресії, визначаються поєднанням психологічних, соціальних та середовищних чинників, а також залежать від рівня підтримки, доступності ресурсів і можливостей адаптації до нових умов життя. Врахування цих аспектів у підвищує ефективність повернення таких осіб до активної життєдіяльності та соціальної взаємодії.

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз проблеми ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії та провести емпіричне дослідження особливостей цього процесу з подальшою розробкою методичних рекомендацій.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи щодо ресоціалізації осіб з інвалідністю.

2. Виявити психологічні та соціальні чинники, які впливають на процес ресоціалізації осіб, що отримали інвалідність унаслідок військової агресії.

3. Емпірично дослідити особистісні труднощі, потреби й ресурси осіб з інвалідністю внаслідок військової агресії у процесі ресоціалізації.

4. Розробити методичні рекомендації щодо оптимізації процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю внаслідок військових дій.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація та порівняння наукових джерел; емпіричні: напівструктуроване інтерв'ю для отримання якісних даних щодо індивідуального досвіду респондентів; якісний аналіз отриманих результатів.

Теоретичне значення дослідження полягає в узагальненні та систематизації психологічних і соціальних чинників, що зумовлюють особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманої внаслідок військової агресії. Наша магістерська робота доповнює наукове розуміння суб'єктивного досвіду таких осіб і пропонує власне бачення методичних підходів щодо їх психологічного супроводу.

Практичне значення: отримані результати можуть бути використані практичними психологами, соціальними працівниками, фахівцями реабілітаційних центрів та організацій, що працюють із ветеранами та цивільними постраждалими, для вдосконалення форм і методів супроводу, побудови індивідуальних програм підтримки та розробки інклюзивних підходів до ресоціалізації.

Достовірність і надійність результатів забезпечується використанням валідних теоретичних джерел, застосуванням якісних методів збору інформації, логічною узгодженістю аналізу та відповідністю обраних методів меті й завданням дослідження.

Структура та обсяг. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, 5 рисунків, списку використаної літератури (51 джерело).

РОЗДІЛ 1
РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1 Сутність та співвідношення понять «соціалізація», «ресоціалізація», «реабілітація»

Ресоціалізація учасників бойових дій як предмет наукового соціально-психологічного дослідження може бути представлена як система багатоманітних проблем, різні аспекти яких знаходять свій відображення у закордонній та вітчизняній науковій літературі.

Передусім, вважаємо за доцільне зазначити, що поняття «ресоціалізація» походить від латинського «socialis» (соціальний), а префікс «re» означає «повторний процес», тобто передбачає повторне засвоєння суспільних цінностей та норм. Термін «соціалізація» запровадив французький соціолог Г. Тард (у середині XIX ст.) для позначення процесу інтеріоризації соціальних норм шляхом соціальної взаємодії. Поняття «соціалізація» відтоді еволюціонувало, охоплюючи різні аспекти цього явища [10].

Виходячи з того, що представники концепції соціалізації, зокрема А. Бандура, Т. Парсонс [3; 15; 27] та інші розглядають цей процес в широкому розумінні, а саме як включення людини в соціальне життя через активне нею засвоєння норм, цінностей та ідеалів певної соціальної групи, зауважимо, що йдеться як про типові, так і одиничні процеси. Тож, з одного боку, формування типових для певної соціальної групи установок, стереотипів, шаблонів поведінки шляхом засвоєння і інтеріоризацію соціальних норм, ідеалів, цінностей має результатом переведення різних елементів зовнішнього соціального середовища до власного внутрішнього «Я» і самосвідомості. З іншого боку, одиничні процеси пов’язані з певною

індивідуалізацією особистості, що передбачає розробку нею власної стратегії й тактики соціальної поведінки, набуттям і засвоєнням нового життєвого досвіду, що реалізується через соціальну адаптацію та інтеграцію.

Досить цікавою у цьому контексті вважаємо дворівневу теорію [42], згідно з якою, особа спочатку (на першому рівні соціалізації) отримує низку знань про себе через порівняння самого себе з оточуючими за використанням таких прийомів, як самосприйняття і самоспостереження. Після цього (на другому рівні) відбувається порівняння себе із самим собою (у різних ситуаціях та різних періоди життя), із застосуванням аутокомунікації.

Адаптивно-розвивальна концепція розглядає поняття соціалізації у контексті соціальної адаптації. Зокрема, М. Лукашевич визначає соціалізацію як «процес становлення особистості як суспільної істоти, під час якого налагоджуються різноманітні зв'язки її із суспільством, засвоюються орієнтації, цінності, норми, відбувається розвиток особистісних властивостей, формуються активність та цілісність особистості, набувається соціальний досвід, що нагромаджений людством за весь період розвитку» [27].

Вітчизняна науковиця О. Безпалько, яка є представницею соціально-педагогічного напряму, визначає поняття «соціалізація» як процес входження людини у суспільство, набуття соціальних зв'язків та інтеграцію до різних типів соціальних спільнот, у результаті якого відбувається становлення соціальності [3]. Як влучно зазначає М. Грінченко, це передбачає узгодження вимог і очікувань соціального середовища з установками і соціальною поведінкою самої людини; узгодження її самооцінок і домагань з можливостями та реаліями соціального середовища, адже саме відокремлення є процесом автономізації людини в суспільстві. Враховуючи це, соціалізація передбачає поєднання по-перше, механізмів пристосування, а по-друге – відокремлення людини щодо взірців поведінки в умовах певного суспільства. Відповідно, результат цього процесу проявляється у як у ціннісній, так і в емоційній автономії, тобто - потребі самостійно вирішувати

власні проблеми, здатності протидіяти життєвим труднощам, що заважають її самовизначенню й самореалізації. Таким чином, ефективна соціалізація передбачає певний баланс адаптації та відокремлення [15].

В цілому процес соціалізації людини умовно можна представити як сукупність чотирьох складових, які зображено на рисунку 1.1.:

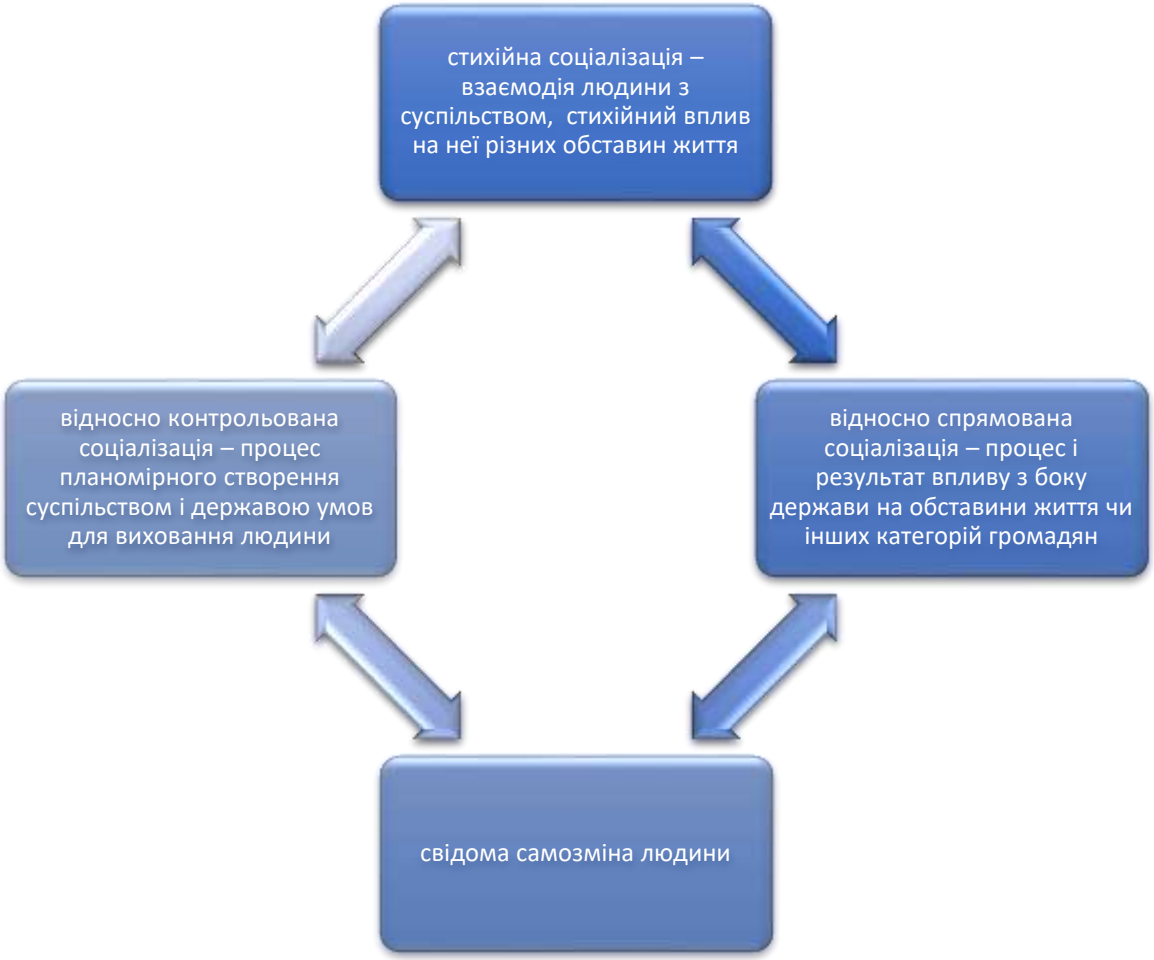


Рисунок 1.1. - Сукупність складових поняття «Соціалізація»

Виходячи з того, що процес соціалізації відбувається під впливом низки умов та чинників, сліз звернути увагу на те, що фактори соціалізації являють собою певне розвиваюче соціально-виховне середовище, яке має бути спроектованим, добре організованим [27]. Виділяють такі основні фактори соціалізації:

– сукупність ролей і соціальних статусів, що пропонуються людині суспільством;

– соціальні спільноти, в межах яких індивід може реалізувати певні соціальні ролі і набути конкретний статус;

– система соціальних цінностей і норм, які домінують у суспільстві;

– соціальні інститути, які забезпечують виробництво і відтворення культурних взірців, норм і цінностей;

– загальна ситуація в країні [4].

Слід зауважити, що соціалізація, у взаємодії з різними факторами відбувається с допомогою низки певних механізмів, які узагальнено зображені на рисунку 1.2):

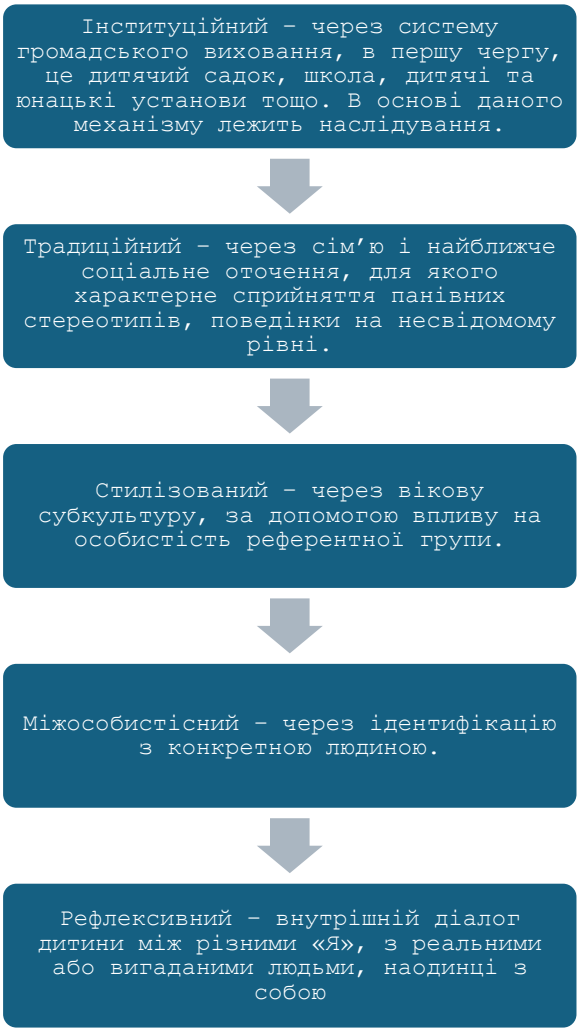


Рисунок 1.2. - Механізми соціалізації та ресоціалізації.

Аналіз процесу соціалізації як педагогічного явища дозволяє представити його зміст у вигляді структури, що включає ряд взаємопов'язаних компонентів: комунікативний, пізнавальний, поведінковий та ціннісний компоненти [3].

Узагальнюючи, вважаєм за доцільне зауважити, що кожне із визначень досліджуваного поняття, за своїм змістом, передбачає взаємодію особистості й суспільства з метою розвитку особистості. Соціалізація є безперервним процесом, який охоплює усі етапи життєвого шляху людини, і протягом якого вона засвоює та використовує цінності культури. Кількісне накопичення засвоєних цінностей у певний період переходить у нову якість, що виявляється у зміні структури та спрямованості особи.

Своєю чергою, сутність поняття «ресоціалізація» можна описати як процес, що здійснюється через відновлення та адаптацію особи до повноцінного життя в суспільстві після перебування в певній ізоляції (наприклад в полоні, в умовах бойових дій або в реабілітаційному центрі). Цей процес передбачає повторне засвоєння соціальних норм, цінностей та ролей, що дозволяє людині повернутися до самостійного, загальноприйнятого соціально-нормативного життя.

До ключових аспектів ресоціалізації відносять такі [16; 42]:

— відновлення соціального статусу, повернення до повноправного виконання сукупності функцій, прав і обов'язків повноцінного члена суспільства;

— адаптація до нових умов, тобто пристосування до нових умов життя після періоду певнох ізоляції, що може містити у собі навчання новим навичкам і професіям тощо;

— комплексний підхід, що вимагає системної підтримки від фахівців (психологів, соціальних працівників), а також від родини та суспільства в цілому;

— соціальні засоби (працевлаштування, соціально-виховну роботу, навчання та громадський вплив для виправлення та адаптації особистості).

— формування нових цінностей, переосмислення минулих вчинків та формування готовності до правослухняної поведінки.

Таким чином, соціалізація і ресоціалізація являють собою складні багатогранні процеси становлення особистості, поступового засвоєння нею вимог суспільства, набуття соціально значимих характеристик свідомості і поведінки, які регулюють її взаємини із суспільством, що можуть відбуватися на кожному життєвому етапі. І від успішності ресоціалізації буде залежати успішність соціалізації на наступних вікових етапах людини.

Варто зазначити, що ресоціалізація учасників бойових дій та осіб з інвалідністю, спричиненою війною, до мирного життя передбачає відновлення порушених довоєнних соціально-психологічних якостей якостей особистості, необхідних для повноцінної життєдіяльності й самореалізації в суспільстві, що може здійснюватися через процес соціально-психологічної реабілітації (поновлення можливості бути включеними до нормального процесу соціалізації осіб, які пережили ПТСР [17; 21].

Вважаємо, що наше дослідження було б неповним без звернення до терміну «реабілітація», головну сутнісну рису якого можна окреслити як відновлення придатності, спроможності до певних дій. У правовому контексті йдеться про поновлення в юридичних правах, інтеграцію в суспільство, допомогу в навчанні чи перекваліфікації, опанування спеціалізованими технічними засобами, що полегшують подолання побутових і професійних бар'єрів тощо. До вищеозначених заходів зі зміни життєвої ситуації особи, варто додати вплив на суспільство, - подолання соціальних стереотипів, що є основою соціально-психологічної моделі реабілітації [36].

Наразі під реабілітацією «розуміють процес, що має на меті надати людям з інвалідністю можливість досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/або соціального рівня життєдіяльності та

підтримувати його, тим самим надаючи їм засоби, покликані змінити їх життя та розширити межі їх незалежності. Крім того, реабілітація може включати заходи із забезпечення та відновлення втрачених чи обмежених функцій, що передбачає не лише надання медичної допомоги, він включає широке коло засобів та діяльності» [14, 5]. Схожим є розуміння сутності реабілітації, закладене у Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», де терміном описують «систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму задля досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації й виробами медичного призначення» [31].

Враховуючи, що правовий підхід не зовсім точно відтворює зміст тих процесів, що відбуваються в житті особи, яка: потребує реабілітації, відновлення чи компенсування втрачених функції, прагне навчитися жити по-новому й приймати свій новий Я-образ, змінюючи власні звички й поведінку і адаптуючись до ситуацій, які раніше не були їй притаманні і, таким чином формує свій абсолютно новий соціальний досвід, - означений процес більш доцільно було б позначити терміном «вторинна соціалізація», або «ресоціалізація», тобто певне соціальне оновлення особистості, котра формує нові відносини з соціумом. Слід зауважити, що успішність цих взаємин залежить не стільки від змін на рівні самої особистості (ціннісно-мотиваційної сфери, бажання відновлення тощо, скільки від прагнення найближчого соціального оточення й суспільства в цілому прийняти особу з інвалідністю, у тому числі у наслідок військової агресії, як повноцінного члена цього суспільства і, відповідно забезпечити належні умови для її подальшої самореалізації у різних соціальних сферах. Саме у цьому вбачаємо взаємозв’язок цих двох понять: «реабілітація» та «ресоціалізація» [44].

Водночас, аналіз досліджуваних понять в соціально-психологічному тлумаченні, закцентовує увагу на особливому значенні інститутів соціалізації (і ресоціалізації), в яких і відбувається формування нового соціального досвіду особи з інвалідністю у наслідок військової агресії, а саме: лікарні, шпиталі, соціально-психологічні реабілітаційні центри, громадські організації й спілки, і, звісно, сім'я, друзі тощо. Взаємодія із кожною із цих інституцій має свою специфіку і наповнена різними видами діяльності, а тому в них відбувається як цілеспрямований, так і стихійний вплив, що, в результаті, сприяє формуванню нового соціального досвіду на основі на основі новітніх знань навичок, установок, очікувань, домагань тощо [30].

Отже, ресоціалізація охоплює різні види діяльності та відбувається у різноманітних сферах життєдіяльності суспільства. При цьому, основою ресоціалізації виступає психологічна допомога, оскільки завдяки саме їй особи з інвалідністю, отриманою у наслідок військової агресії, прагнуть зрозуміти, те, що з ними відбувається, віднайти відповіді на численні запитання щодо адаптації до життя у нових, часом кризових (чи посткризових) умовах, будування нових соціальних стосунків, поведінки тощо. Відтак, психологічний супровід реабілітації та ресоціалізації має містити в собі сприяння активному саморозвитку, підтримку віри в свої сили й упевненості у власних можливостях щодо успішності процесу відновлення на основі залучення різноманітних особистісних, соціально-психологічних та інших ресурсів.

1.2 Психологічні передумови та чинники ресоціалізації осіб з інвалідністю унаслідок війни

Передусім зазначимо, що перші спроби наукового аналізу поняття «ресоціалізація осіб з інвалідністю внаслідок війни» здійснювалися після Першої світової війни, коли стала очевидною необхідність фахової допомоги солдатам, які по поверненню з фронту стикаються зі значними труднощами в

адаптації до життя у новому образі Я. Так, серед розробників основ реабілітації військовослужбовців з інвалідністю - американець Е. Т. Фитч, який виклав свої міркування в роботі «The Rehabilitation of the Disabled Soldier» (1919) [5]. Своєю чергою, у Великобританії цей термін було уперше використано у звіті «The Ex-Service Man» (1921), задля опису багатоманіття проблем, актуальних для ветеранів Першої світової війни, та можливих заходів психологічної допомоги [1].

Теоретичні засади даної проблеми складають роботи, присвячені зокрема дослідженню стресових та посттравматичних симптомів у ветеранів різних воєн, що відбувалися протягом 20 століття, серед авторів яких А. Арнольд, С. Бентлі [5], Д. Бредлі, Б. Грін, Де. Фаціо [23] та інші. Дослідженню особливостей соціально-психологічної адаптації осіб, які стали жертвами збройних конфліктів приділяли увагу М. Романюк [19], Т. Захаріна [25], Н. Гуменюк, Я. Грицак [14] тощо.

Слід зауважити, що генеза процесу розробки наукових основ ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманої унаслідок військових дій є досить динамічним процесом, оскільки з часом змінюються і потреби та проблеми, з якими стикаються ці особи.

Так, після Другої світової війни основний акцент переважно робився на медичній реабілітації та професійній перепідготовці ветеранів з інвалідністю. Спроби наукового аналізу наслідків війн у В'єтнамі та Афганістані посили увагу саме до вивчення психологічної травматизації учасників бойових дій, зокрема - посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це сприяло тому, що саме надання психологічної допомоги ветеранам і особам з інвалідністю, спричиненою війною, стало обов’язковим компонентом реабілітаційної діяльності.

Після 24 лютого 2022 проблема ресоціалізації як учасників бойових дій, які вийшли на ротацію чи були демобілізовані через стан здоров’я, а також цивільних осіб, які набули інвалідності у наслідок військової агресії, набула ще більшої актуальності. Жорстокі реалії повномасштабного

російського вторгнення призводять до значних втрат, як людських, так і матеріальних, що може спричинити руйнівні наслідки для постраждалих. Особливо гостро відчувають ці наслідки учасники бойових дій та особи з інвадідністю у наслідок війни, оскільки вони зазнають значних фізичних і психологічних травм, а також стикаються з труднощами реінтеграції й ресоціалізації. На процес ресоціалізації значною мірою впливають посттравматичний стресовий розлад, кризові життєві втрати, інвалідність (втрата здоров'я у наслідок поранень), травмуючий досвід обмеження волі, зокрема у полоні (криза втрати волі й свободи пересування).

Унікальність специфіки українського досвіду як передумова організації психологічного супроводу ресоціалізації осіб, постраждалих у наслідок військової агресії можна відобразити сукупністю таких чинників [5; 6]:

– військові дії, на відміну від аналогічних, що мали місце у період після Другої світової війни, відбуваються на батьківщині бійців та тривають круглий рік (як у літню спеку, так і в мороз);

– ворогом є найближчий географічний сусід, з яким тривав культурно-історичний зв'язок на різних рівнях і в різних контекстах;

– невідомими є терміни демобілізації, адже під час дії воєнного стану, списання з лав ЗСУ можливе тільки в разі серйозного ушкодження здоров'я;

– військова агресія супроводжується активною інформаційно-психологічною операцією (ІПСО);

– відсутні взагалі або є досить рідким явище ротації (на відміну від стандартів армій НАТО);

– безпрецедентна кількість використання артилерії, бойових дронів, що зробило небезпекові ризики не просто високими, а абсолютними;

– численність черепно-мозкових, мінно-вибухових травм, контузій (наявні в 90%);

– наявність родичів, що проживають на території країни-агресора або залишились в окупації, - з одного боку, і випадки зради місцевого населення – з іншого;

– недотримання російською стороною міжнародних нормативів і договорів щодо поводження з військовополоненими;

– «травма припинення життя», що пов’язана з досвідом масових ліквідацій окупантів;

– «травми несправедливості», що до додаються бойових травм, посилюючи психологічну травматизацію;

– недоліки організації реабілітаційних і ресоціалізаційних заходів та сервісів для осіб, що набули інвалідності у наслідок військової агресії.

Згідно статистичних даних, наявність посттравматичного стресового розладу діагностується 80% учасників бойових дій і майже в 98% постраждалих [29, 125]. Значені вище факти вважаємо досить тривожним сигналом, який потребує нагального втручання, адже ПТСР накладає відбиток на усі аспекти життєдіяльності особи у суспільстві, і відсутність фахового корекційно-профілактичного втручання може спричинити негативні наслідки і, у найгіршому випадку така людина може стати небезпечною не лише для себе, але й для оточуючих [42]. Усе це актуалізує необхідність звернення уваги до розробки теоретичних основ, а також практичних аспектів оптимізації процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманої унаслідок військових дій.

Заслуговує на увагу той факт, що після звільнення із лав Збройних сил у військовослужбовців (особливо тих, хто набув інвалідність) виникають часті суперечності між незадоволенням потреб та наявними в суспільстві обмеженнями і стереотипами, що спричиняє фрустрацію. Дослідженнями у сфері психології підтверджено, що ветерани бойових дій часто відчувають труднощі при налагодженні соціальних зв’язків, перенавчанні та працевлаштуванні. Виникає це з низки причин, що найчастіше пов’язані з різними проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зокрема такими [28; 35]:

1. Підвищений рівень тривожності, стан, за якого у людини виникає передчуття ілюзорної загрози життю і здоров’ю, відсутність психологічного спокою.

2. Емоційна атрофія. Людина втрачає притаманні їй раніше інтереси й прихильності, з труднощами виражає свої емоції або не виражає їх взагалі, втрачає здатність до побудови відносин навіть із найближчим оточенням.

3. Необґрунтована агресивність і вибухові реакції: коли військовослужбовці перебувають в умовах найсильнішого стресу, відчувають постійну загрозу життю, у них суттєво змінюється образ мислення й поведінки. Багато дій, що здійснювалися автоматично, починають відтворюватися ними і в мирний час. У цьому випадку людина просто намагається вирішувати проблеми звичним для себе шляхом, відповідно до засвоєних моделей поведінки, здебільшого із застосуванням сили.

4. Порушення пам’яті та концентрації уваги, виникнення «непрошених спогадів», труднощі зосередитися або щось згадати, і коли у пам’яті можуть раптово спливати лякаючі, потворні сцени, пов’язані з травмуючою подією. Подібні спогади можуть виникати як уві сні, так і під час неспання, і їх головна відмінність від звичайних спогадів полягає в тому, що посттравматичні спогади супроводжуються сильними почуттями тривоги і страху, а також можуть призводити до афективних дій.

5. Депресія і сплощений афект: у стані посттравматичного синдрому людині здається, що все безглуздо і марно. Цьому почуттю супроводжують нервове виснаження, апатія, обмеженість у вираженні емоцій, байдужість до оточуючих.

6. Загальна тривожність, емоційне напруження, що виражається в постійному занепокоєнні, параноїдальних розладах, необґрунтованих страхах, комплексі провини, появі психосоматичних болей, безсонні.

7. Схильність до прояву різних форм девіацій, зокрема зловживання алкоголем і забороненими наркотичними засобами, суїцидальної поведінки, побутового насильства.

Водночас, найбільш поширеними при цьому емоційними реакціями можуть стати такі [21; 34]:

– агресія (у різних її формах), спрямована на подолання ймовірної перешкоди;

– реакція емоційного заміщення за принципом «зірвати зло»;

– депресія, необґрунтовані самообвинувачення, які можуть перерости в спроби суїциду;

– відтерміновані реакції на важкий стрес, що можуть призвести до конфліктів із суспільством і, навіть законом.

Серед основних проблемних зон для постраждалих від військової агресії можна виділити такі, як неможливість захистити свою власність, наслідки відсутності повноцінного харчування й комфортних побутових умов, складнощі отримання соціальної, медичної, психологічної допомоги, відсутність роботи згідно спеціальності й кваліфікації тощо [29].

Означені чинники, за умови відсутності своєчасного профілактичного впливу, можуть спричинити впливають вчинення певних суспільно-небезпечних дій. Як влучно зазначає І. Галецька, соціально-психологічна адаптація є процесом, що протікає безперервно і являє собою взаємозумовлювальний вплив людини та її соціального оточення, тому на успішність і адекватність цього процесу впливають як індивідуально-психологічні, так і середовищні чинники [10].

Заслуговує на увагу інший проблемний чинник ресоціалізації, а саме – переживання кризових станів, тобто психологічних станів людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Такий стан характеризується наявністю тривожності різного ступеня інтенсивності; фіксацією на травмуючій події; переживанням безпомічності; песимістичної оцінки самого себе, актуальної ситуації і планування подальшого життя [30], [31]. Враховуючи, що втрати є важливою частиною життя, і кожна людина у той чи інший час їх переживає, певна серйозна, особливо несподівана, втрата стає вагомим стресогенним чинником, що може спричинити кризовий стан.

Виокремлюють такі типи втрат:

– втрата близьких та рідних людей (інтенсивність переживання залежить від їх субєктивної значущості);

– соціальні втрати (роботи, можливості навчання, соціального статусу);

– психофізичні (втрата певних здатностей, наприклад інвалідизація);

– духовні (розчарування чи втрата віри);

– матеріальні (втрата домівки, майна тощо);

– психологічні втрати (різкі зміни у сприйнятті себе, власної фізичної привабливості тощо) [30]

Втрати можуть бути: фактичними (дійсними) - втрата, що вже відбулася, і це є очевидним фактом (втрата власником особистого майна), або уявними, тобто такими, що мають психологічне підґрунтя, є значущою лише для людини, що її переживає, коли оточуючі можуть навіть не здогадуватися, або не розуміти сенсу такого переживання. Втрата близьких – це найтрагічніша подія в житті людини. Витіснення переживань призводить до своєрідного оніміння емоційно-почуттєвої сфери. Серед учасників бойових дій, осіб з інвалідністю і вимушених переселенців багато тих, хто пережив втрату близьких людей, але спочатку не відчували всієї глибини цієї втрати упродовж тижнів або навіть місяців. Така реакція є нормальною в умовах воєнного стан, коли на людину одночасно впливає кілька травмуючих чинників. Проте, якщо людина не може конструктивно пройти стадію горювання, це не лише призводить до витіснення переживань, але й може стати причиною хвороби чи смерті [28].

Як у військовослужбовців, так і у населення з прифронтових регіонів часто бувають поранення різного ступеня тяжкості, коли біль, як стресогенний чинник, не лише зменшує здатність організму до загоєння ран, але й погіршує психологічний стан в цілому. Для підвищення якості життя осіб, які страждають від хронічного болю варто застосовувати системний підхід щодо пошуку його ключових причин і виявлення їх взаємозв’язку з урахуванням впливу сукупності чинників: фізичних (особливостей

соматичного стану); навколишнього середовища (соціальне оточення, соціокультурні аспекти й очікування тощо); психологічні чинники (емоційно-вольова і мотиваційна сфера), а також чинник стресу, спричиненого біллю. Тому одним із основних напрямів психологічної допомоги має бути спрямований на зменшення рівня стресу [28].

Заслуговує на особливу увагу криза втрати здоров'я, оскільки серед поширених наслідків перебування в зоні воєнного конфлікту - різні хвороби, стимульовані інтенсивним перебуванням в стані стресу і накопичувальною втомою. Велике значення також має характер, інтенсивність специфіка перебігу захворювання, але не менш важливою є й особистісна позиція відносно встановленого діагнозу. Так, фіксація на почутті жалю до себ може привести до деструктивної картини світу й викривлення взаємодії з недугою, що посилює гостроту проявів симптоматики [14]. Проблематика кризи втрати здоров'я набуває особливої актуальності в умовах розвитку тяжкого чи невиліковного захворювання, коли процес взаємодії з хворобою стає переживанням нового стресу, що може стати як психологічним ресурсом активізації особи, так і травмуючим досвідом, який призведить до відмови від спроб ресоціалізації [36]. Найгостріше втрату здоров'я переживають учасники бойових дій, у яких відбувається подвійна чи потрійна травматизація, а саме:

- втрата побратимів на фронті;

- усвідомлення певної байдужості цивільного населення щодо реалій війни, що спричиняє відчуття розпачу і безнадії;

- фіксація на почутті несправедливості, що призводить до втрати сенсу життя й відмови від пошуку шляхів подолання хвороб і проблем [28].

Криза втрати волі (й свободи пересування), яку переживають як військові полонені, так і ті цивільні особи, що стали заручниками чи чертвами викрадення. Виходячи з того, що внутрішня свобода є категорією екзистенційних переживань, а зовнішня свобода формує образ дійсності та місця людини в просторі й часі, то обмеження свободи призводить до низки

негативних психофізіологічних змін [30]. Серед перших реакцій – відчуття відсутності перспективи, майбутнього, надії. Поступово шок змінюється формуванням образів реальності «до» та «після» [13]. Залежно від особистісних полонених, можуть формуватися кілька базових стратегій поведінки:

– істероїдність (у жінок - плач, у чоловіків – агресія, накопичення якої проти обставин може стати передумовою героїчних вчинків);

– стійкість (особистісні якості проявляються через незламність, розумну сміливість, обережність, що стають ресурсами переживання ситуації неволі);

– пригніченість (домінування страху, безпорадності аж до розвитку психотичних проявів);

– інтеграція заручника у простір терориста.

Саме тому, при організації процесу надання психологічної допомоги тим, хто повернувся з полону, має бути досліджена і врахована стратегія, якої особа дотримувалася задля виживання в умовах неволі.

Криза втрати матеріальних і соціальних благ більшою мірою стосується цивільних осіб, проте її переживають і військовослужбовці, а також медичні працівники, волонтери тощо. Специфіка переживання такої кризи залежить від особистісних якостей людини та її соціального досвіду [28].

Варто звернути увагу на те, що як участь у бойових діях, так і інваладізація створюють нову соціальну реальність, у межах якої з’являються питання, що потребують комплексного соціально-психологічного аналізу. Водночас, стигматизація може спричинити подальшу маргіналізацію, що ускладнює процес ресоціалізації, сприяє асоціалізації поведінки та створює потенційну небезпеку для суспільства.

Саме тому, для успішної роботи з ресоціалізації необхідно залучати кваліфікованих психологів, психіатрів, соціальних працівників, професійні дії яких мають бути спрямовані на діагностику психічного стану комбатантів,

виявлення ознак агресивності, тривожності, депресивних станів, а також на вироблення індивідуальних програм соціальної адаптації. Особливий акцент має робитися на наданні медичної та психотерапевтичної підтримки, а також на створенні конструктивного соціального середовища, забезпеченні інституційної підтримки, можливостей для самореалізації.

Отже, особи, які повертаються з бойових дій та цивільні особи з інвалідністю, стикаються з численними труднощами, що впливають на їх фізичне, психологічне та соціальне благополуччя. Саме тому, ресоціалізація військовослужбовців та осіб з інвалідністю у наслідок війни є складним і багатокомпонентним процесом, що є тісно взаємопов'язаним з їх реабілітацією, соціальною адаптацією та самореалізацією. Досягнення ефективної ресоціалізації передбачає забезпечення взаємодії цих напрямків, що має сприяти комплексному відновленню та набуттю здатності до реалізації власного потенціалу в різних сферах життя цивільного суспільства.

1.3 Форми і методи психологічної роботи з ресоціалізації осіб з інвалідністю унаслідок війни

Основною метою психологічної роботи з особами, які мають інвалідність у наслідок військової агресії, вважаємо відновлення стійкого емоційного стану та подолання його негативних проявів на процесі життєдіяльності на основі навчання навичкам самоконтролю, управління негативними емоціями, у тому числі при виникненні стресових ситуацій, набуття здатності до самореалізації як повноцінного члена суспільства. Досягнення означеної мети передбачає використання низки методів, зокрема таких, як [27], [35]:

1- консультування,

2 - моніторинг,

3 - соціально-психологічні тренінги,

4 - сеанси індивідуальної та групової психотерапії,

5 - арт-терапія тощо.

Вважаєм за доцільне зупинитись на цих методах більш докладно.

1. Першим і найбільш широко застосовуваним із них є консультування. За своїм змістом воно поділяється на такі основні чотири види: індивідуальне і групове, очне і заочне. На початковому етапі діагностики стану військовослужбовця найзручніше використовувати групове консультування. Основною його метою є не лише інформування учасників бойових дій про можливості отримання психологічної допомоги та способи відновлення емоційно-психологічного балансу, але й діагностика особливостей поведінки учасників у групі. Перед модератором відкривається можливість виявити такі особливості, як включеність у процес консультування, бажання та вміння підтримати діалог на публіці, прагнення виділитися або ж, навпаки, залишитися непоміченим. У подальшому отримані дані допоможуть вибудувати програму з відновлення соціальних зв’язків та інтеграції демобілізованих у соціум. Індивідуальне консультування являє собою спосіб встановлення більш глибокого контакту, коли необхідно виявити й зрозуміти причини емоційного дискомфорту, окреслити траєкторії необхідної допомоги або терапії щодо усунення психологічних травм [11], [45].

Проведення індивідуального і групового консультування може відбуватися як в очній, так і в заочній формі, кожна з яких містить низку переваг. Так, очне консультування допомагає виявити особливості поведінки, помітні при невербальному контакті. З іншого боку, заочне консультування дозволяє зберегти анонімність, якщо з певних причин особа не може відкрито розповісти про свої проблеми.

2. Метод моніторингу дозволяє відстежувати динаміку зміни психоемоційного стану, виявляти нові проблеми та коригувати програму реабілітації. У систему діяльності, закладену в межах моніторингу, входять: збирання, опрацювання, зберігання та поширення інформації про стан досліджуваного об’єкта або явища, а також прогноз його розвитку.

Психологічний моніторинг виконує три базові функції:

- діагностичну (вимірювання параметрів об’єкта),

- контрольну (відстеження відхилень від нормативних параметрів),

- оціночну (зіставлення отриманих результатів із початковими показниками).

Психологічний моніторинг дозволяє ефективно контролювати стан об’єкта дослідження, відстежувати зміни, заміряти основні параметри, своєчасно усувати проблеми, що виникають [2].

3. Соціально-психологічні тренінги. Групові заняття і тренінги спрямовані на усунення неврозів із порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальній адаптації. Йдеться про спільну діяльність учасників у реабілітаційних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на болісному стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички.

Індивідуальна програма спрямована на відновлення деформованої психіки і використовує роботу з образами у станах крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії [28; 35].

4. Групові та індивідуальні форми психотерапії. Це напрям, що включає три базові підходи:

1. Психоаналітичний підхід, що відрізняється орієнтованістю на надання допомоги у виявленні та нівелюванні певних неусвідомлених внутрішньоособистісних проблем і конфліктів, які перешкоджають повноцінній життєдіяльності;

2. Когнітивний підхід, що містить у собі техніки корекції поведінки, спрямовані на поліпшення загального соціального самопочуття, відновлення втрачених функцій міжособистісних комунікацій, зміцнення соціальних зв’язків, а також базується не на вивченні суб’єктивних переживань, а на оцінці та корекції поведінки, формуванні більш адаптивних способів поведінки у складних життєвих ситуаціях.

3. Методи що ґрунтуються на екзистенційному підході, орієнтовані на дослідження прикордонних станів у період переживання травмуючих ситуацій, і основним завданням, реалізовуваним у цьому напрямі, є усвідомлення сильних сторін характеру, розвиткові яких сприяв пережитий негативний досвід, а також повне прийняття відповідальності за свій душевний стан [10].

5. Арт-терапія - діяльність, яка є альтернативним способом вираження почуттів і емоцій, які людина не в змозі висловити словами. Її унікальність полягає у доступі до невербальних частин мозку - емоцій, візуальних образів і тілесних відчуттів. Крім того, використання різних художніх засобів, таких як малювання, робота з глиною, піском, музикою, фотографіями тощо, для дослідження своїх почуттів і спогадів є способом вираження пригнічених емоцій, переорієнтації з руйнівної діяльності на творчу [21].

Окреслені психологічні методи можуть застосовуватися як окремо, так і в комплексі, залежно від цілей і запитів програми реабілітації осіб, які мають інвалідність у наслідок воєнної агресії, відповідно до якої вибудовується комплекс проведених заходів.

Кінцевим результатом цієї роботи мають стати такі зміни:

– відновлення особистого і соціального статусу пацієнтів, що перенесли ПТСР;

– корекція соціальної поведінки, поліпшення комунікабельності, розвиток здатності до самореалізації, розв’язання психологічних і подолання соціальних конфліктів;

– відновлення виснаженої, деформованої депресіями, стресами і перевантаженнями психіки, зняття внутрішньої напруги і тривожності, підвищення ресурсності та стресостійкості організму;

– мобілізація внутрішніх резервів на подолання залежності від психоактивних засобів (алкоголь, наркотики, нікотин) [14].

Слід зазначити, що означені заходи й напрями роботи далеко не повністю охоплюють спектр необхідних видів психологічної допомоги,

оскільки досить часто трапляються випадки, що вимагають підключення додаткових технік і методів психотерапії, також не можна забувати і про те, що деяким учасникам бойових дій для повного відновлення знадобиться медикаментозна терапія. Розглянуті нами методи орієнтовані, переважно, на процес ресоціалізації та відновлення соціального здоров'я осіб з інвалідністю у наслідок війни, але водночас вони здатні відіграти важливу роль при відновленні фізичного здоров'я і ліквідації психічних бар'єрів для повноцінної життєдіяльності.

Варто звернути увагу на те, що у тій чи іншій мірі суспільство завжди впливає на процес ресоціалізації осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії незалежно від їх соціального статусу, рівня освіти та професійної належності. Велику роль при цьому відіграє те, наскільки розвиненим є соціальний капітал у суспільстві, оскільки, наприклад поранені військовослужбовці після демобілізації мають знову прийняти норми поведінки й здобути цінності, які докорінно відрізняються від тих, що були засвоєні в період бойових дій. У цій ситуації ключовими аспектами соціалізації виступають довіра і підтримка, які надаються учасникам бойових дій з боку суспільства. Високий рівень довіри, поваги та визнання в соціумі визначають успішність відновлення соціальних зв'язків у трудовій і громадській діяльності осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії. У процесі ресоціалізації та адаптації до цивільного життя, вони повинні відчувати себе частиною суспільства, інакше виникає загроза появи соціальної відчуженості та ізоляції, результатом якої стане входження учасників бойових дій та цивільних осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії до групи соціального ризику. Прояв різних форм девіацій військовослужбовцями, звільненими в запас, неминуче призведе до ще більшого зниження рівня довіри і підтримки з боку суспільства, у результаті чого розглядувана проблема може стати незворотною. Аналіз досліджень у сфері цієї проблематики [24; 48; 52] дозволяє зробити висновок про важливість відстежування ключових проблем та труднощів, з якими

стикається учасник бойових дій після повернення до мирного життя та цівільна особа з інвалідністю у наслідок військової агресії, із чого випливає необхідність розмежування процесу ресоціалізації на чотири основні етапи:

1. Підготовчий етап (етап психологічного спокою і діагностики стану здоров'я),

2. Етап первинної ресоціалізації (повернення у звичне соціальне середовище і налагодження соціальних зв'язків),

3. Етап вторинної ресоціалізації (включення до громадської діяльності, працевлаштування, навчання цивільним професіям, організація дозвілля шляхом вибору найбільш відповідних видів спорту й культурного відпочинку).

4. Заключний етап, заслуговує на особливу увагу, адже характеризується завершенням ресоціалізації та інтеграцією в суспільство, і на цьому етапі доцільно провести повторну діагностику, скоригувати програму в разі відсутності очікуваного результату.

Розглянемо докладніше означені чотири етапи ресоціалізації осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії.

Підготовчий етап являє собою спеціальний період життєдіяльності, протягом якого демобілізовані могли б пройти діагностику стану фізичного і психічного здоров'я та отримати у разі необхідності відповідну допомогу [50]. При цьому важливо пам'ятати, що багато військовослужбовців вважають роботу з психологом проявом слабкості, чимось неприйнятним для свого соціального статусу. Як показує практика, переважна частина віддає перевагу іншим способам згладжування психологічної напруги, зокрема за допомогою вживання алкоголю. Запровадження у обов'язковому порядку систематичних сеансів психотерапії для всіх учасників бойових дій значною мірою сприяло б розв'язанню не лише проблеми ПТСР, але й її побічних асоціальних проявів, зокрема алкоголізму, злочинності, травматизму, домашнього насильства. Основною метою заходів, що проводяться у цей період, має стати зняття психічної

напруги та психологічна підготовка демобілізованих до мирних умов життєдіяльності. Необхідно, з одного боку, виключити вторинну психотравматизацію ветеранів бойових дій під час зіткнення з обставинами мирного життя, а з іншого – захистити суспільство від непідготовленого повернення до нього людей із «воєнізованою психікою» [17]. Іншим важливим аспектом ресоціалізації на підготовчому етапі є запровадження адаптаційних карт учасників бойових дій. Такі карти можуть містити такі питання: плани і побажання демобілізованих щодо подальшого працевлаштування, отримання освіти, перенавчання і перекваліфікації, зміни місця проживання і переїзду в інший населений пункт, а також включення питань щодо того, у яких видах допомоги і підтримки потребує особа з інвалідністю у наслідок військової агресії. Обробку інформації, отриманої з цих карт, можна здійснювати на базі центрів соціальних служб і навчальних закладів вищої та середньої професійної освіти, центрів зайнятість тощо.

Другий етап (етап первинної ресоціалізації) характеризується поверненням особа з інвалідністю у наслідок військової агресії у звичне соціальне середовище і налагодженням соціальних зв’язків. На цьому етапі першочергову роль відіграє те, наскільки підготовленим до такого повернення виявиться його найближче оточення, насамперед сім’я. Слід пам’ятати, що через постійні переживання за життя і здоров’я близької людини члени сім’ї військовослужбовця також перебувають у стані тривалого стресу, а це не може не позначатися на їх психологічному самопочутті. Крім того, члени сім’ї часто схильні ідеалізувати майбутнє після повернення військовослужбовця додому і, на практиці стикаючись із проявами ПТСР, не знають, як на них реагувати. У подібній ситуації потрібно проінформувати близьких родичів про те, як слід поводитися у разі агресивної або ж, навпаки, депресивної поведінки демобілізованого, які заходи потрібно вжити у разі прояву різних форм девіацій і до яких фахівців можна звернутися по допомогу. Найбільш ефективними в цій ситуації можуть стати сеанси сімейної психотерапії. Як показує практика, здорові

стосунки в сім'ї, засновані на довірі і розумінні, справляють значно більший вплив на соціалізацію особистості, ніж норми і правила соціальних інститутів [18; 51]. Саме в сім'ї проходить первинна соціалізація особистості, у сім'ї людина засвоює основні моделі поведінки і вчиться вибудовувати соціальні стосунки. Те саме можна простежити і щодо ресоціалізації військовослужбовців. Повернення до мирного життя має відбуватися через прийняття і підтримку з боку близьких родичів, і лише потім - соціальних інститутів суспільства.

Третій етап (етап вторинної соціалізації) – забезпечення психологічно безпечного входження особа з інвалідністю у наслідок військової агресії у «мирне русло соціального середовища». Історія воєн показує, що після завершення бойових дій у тих, хто повернувся з війни, виникають проблеми не лише з налагодженням соціальних зв'язків, але й із матеріальним забезпеченням та працевлаштуванням [1; 51]. У результаті зростає ризик підвищення рівня злочинності, у тому числі - організованих злочинних угруповань. З урахуванням викладеного важливо на етапі інтеграції в соціальний простір залучити демобілізованих до сфери зайнятості та до громадської діяльності. Одним із напрямів реалізації цієї мети є проведення зборів за участю співробітників органів муніципальної влади для з'ясування проблем і потреб осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії, обговорення можливостей надання їм посильної допомоги у розв'язанні проблем ресоціалізації та працевлаштування. Для розв'язання питань працевлаштування можливим є запровадження практики квотування робочих місць в організаціях і на підприємствах, а для осіб, які прагнуть отримати освіту, пройти перекваліфікацію тощо мають бути запроваджені відповідні пільги для реалізації цих цілей.

Заключний етап ресоціалізації характеризується входженням у соціум, прийняттям його норм, налагодженням соціальних зв'язків. Як зазначалося вище, ресоціалізація військовослужбовців та цивільних осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії є не просто комплексом заходів, а процесом,

тривалість якого може варіюватися від кількох місяців до кількох років. Із цього випливаю необхідність організувати кураторство учасників бойових дій, які повернулися до цивільного життя, соціальними працівниками і психологами тощо. У обов'язковому порядку кожен учасник бойових дій та цивільні особи з інвалідністю у наслідок військової агресії мають отримати доступ до таких послуг:

– надання юридичної допомоги з питань отримання належних матеріальних виплат, пільг і послуг;

– забезпечення осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії, які потребують реабілітації, безкоштовними путівками до санаторно-курортних закладів;

– проходження регулярних медичних оглядів за участю психотерапевтів після ресоціалізації;

– забезпечення доступу на пільгових умовах до відвідування закладів культури, спортивно-оздоровчих комплексів тощо.

Важливим є й те, як суспільство налаштоване щодо учасників бойових дій. Зарубіжний досвід розв'язання цієї проблеми наочно демонструє, як грамотно організована робота з ресоціалізації здатна вплинути на подальше повноцінне життя осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії [17], адже за наявності підтримки з боку суспільства цей ефект буде значно посилений. Тому не лише особи з інвалідністю у наслідок військової агресії повинні бути підготовлені до повернення в суспільство, але й саме суспільство має бути готовим до їх повернення.

Підсумовуючи все вищевикладене, зазначимо, що процес ресоціалізації осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії є досить складним і багаторівневим. Він вимагає проведення комплексних психолого-педагогічних, медичних і соціально-економічних заходів, спрямованих на відновлення соціального і психологічного статусу.

Складність проблеми полягає в тому, що кожен учасник бойових дій має різний досвід перебування в зоні конфлікту, різні соціально-демографічні

характеристики, рівні професійних знань і навичок, а також результати впливу стресових факторів, що ускладнює розроблення універсальної програми ресоціалізації [27; 39]. У зв'язку з цим виникає необхідність використання індивідуального підходу при наданні психологічної допомоги та плануванні траєкторій соціальної адаптації.

Розглянуті в межах дослідження напрями дозволили сфокусуватися на основних проблемах ресоціалізації учасників бойових дій та цивільних осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії та виокремити пріоритетні аспекти, що вимагають першочергової уваги:

– усунення бар'єрів, що створюють перешкоди для психологічної адаптації;

– запровадження заходів, спрямованих на профілактику ПТСР і його негативних соціальних наслідків;

– налагодження соціальних зв'язків через організацію соціально-психологічної допомоги;

– підвищення рівня довіри суспільства до осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії для запобігання їх соціальному виключенню;

– сприяння розвитку соціального капіталу як механізму впливу на ефективність ресоціалізації;

– організація доступу до медичних послуг, соціальних програм, реабілітаційних заходів, працевлаштування і перекваліфікації.

Реалізація означених заходів дозволить не лише зменшити ризики соціальної дезадаптації, девіантної поведінки, суїцидальних тенденцій, але й сприятиме успішній інтеграції осіб з інвалідністю у наслідок військової агресії в суспільство, підвищенню їх соціального добробуту та рівня життя [21; 45; 51].

До того ж, не можна залишити поза увагою той факт, що наслідки, до яких призводять воєнні дії, залишаються надовго навіть після їх завершення. Фізичні та психологічні травми, отримані учасниками бойових дій та цивільними громадянами, які набули інвалідність, протягом кількох

десятиліть здатні впливати на рівень соціально-економічного розвитку суспільства, створюючи проблеми у вигляді демографічного спаду та різних форм асоціальних явищ.

На сьогодні основна проблема ефективності управління процесами ресоціалізації зводиться до прийняття низки заходів підтримки, що мають здебільшого декларативний характер. Водночас, застосування підходу, заснованого на поетапному входженні особи з інвалідністю у наслідок військової агресії в суспільство, істотно відрізняється від застосовуваного нині, оскільки дозволяє поглянути на ресоціалізацію як на систематизований і керований процес. Для його реалізації, безумовно, будуть потрібні додаткові матеріальні та адміністративні ресурси, але всі витрати в подальшому будуть компенсовані професійною та соціальною активністю громадян, які успішно пройшли процес ресоціалізації.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ОТРИМАНОЮ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

2.1 Організація та процедура проведення емпіричного дослідження на основі напівструктурованого інтерв'ю

Емпіричне дослідження нами було засновано на використання якісних методів, а саме – напівструктурованого інтерв'ю.

Передусім вважаємо за доцільне зазначити, що якісні дослідження дозволяють глибоко вивчати багатоманіття складності людського досвіду, сприйняття й смислів. Зокрема, напівструктуровані інтерв'ю є універсальним методом дослідження глибинних знань учасників. Зауважимо, що на відміну від структурованих інтерв'ю, напівструктуровані відрізняються гнучкою структурою, що поєднує заздалегідь визначені питання зі свободою в аналізі нових тем, що сприяє глибшому дослідженню думок і переживань учасників. Такий підхід сприяє деталізації вивчення дослідницьких питань для відображення багатогранної природи соціально-психологічних явищ і отримання змістовних даних, які б поглиблювали розуміння психологічних, соціальних та культурних феноменів.

Варто зазначити, що напівструктуроване інтерв'ю як метод якісного дослідження [18], поєднує в собі аспекти як структурованого, так і неструктурованого інтерв'ю, адже дослідник спрямовує розмову, залишаючи місце для гнучкості на основі відповідей учасника. Такий дослідницький підхід дає досліднику змогу заглибитись у ті сфери, які його цікавлять, збираючи детальну інформацію щодо перспектив, досвіду й сприйняття учасників, наративів і особистісних інсайтів та контекстуальних деталей, які не проявляються в стандартизованих інтерв'ю. Нарешті, відкритий характер

напівструктурованого інтерв’ю сприяє отриманню цілісного розуміння теми дослідження.

З означених позицій, у межах емпіричної частини нашого дослідження було застосовано метод напівструктурованого інтерв’ю.

Опис і характеристку переваг використання напівструктурованого інтерв’ю у якості методу якісного дослідження схематично представлено на рисунку 2.1.

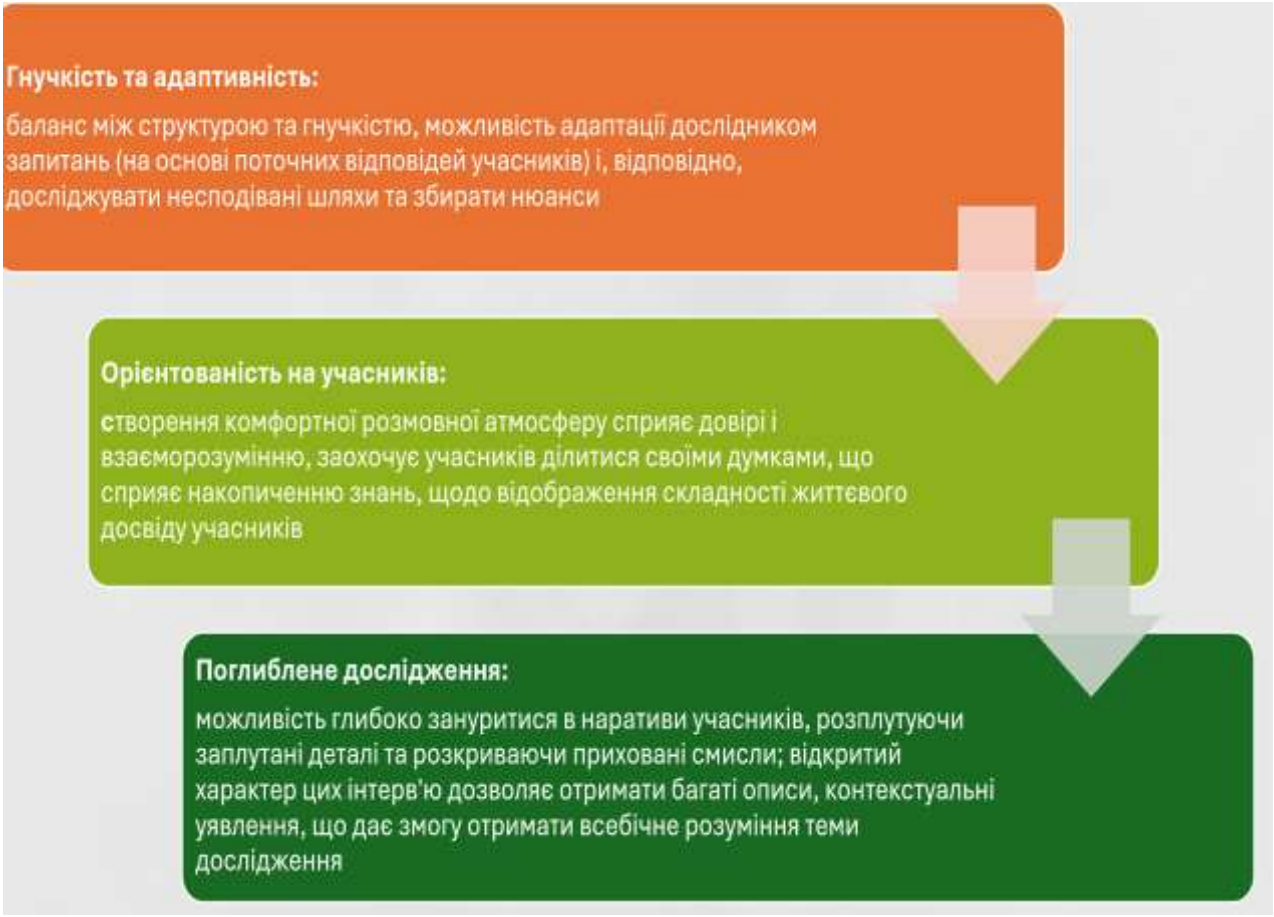


Рисунок 2.1. - Переваги напівструктурованого інтерв’ю як методу якісного дослідження

Проте, наша аргументація не була б повною без урахування застереження щодо деяких потенційних недоліків напівструктурованих інтерв'ю. По-перше, слід зауважити можливість наявності певної упередженості впливу інтерв'юера, що може ненавмисно вплинути на відповіді респондентів, оскільки він активно спрямовує інтерв’ю і, таким

чином може поставити під сумнів об'єктивність зібраних даних. По-друге, проблема полягає в потребі у тривалості часового періоду для проведення інтерв’ю, транскрибування й аналізу отриманих даних, що вимагає значних витрат часу та ресурсів.

Враховуючи вищевикладене, слід зауважити, що цей метод є одним із найефективніших якісних методів в цілому, та вивчення особистісного досвіду, переживань та соціальної адаптації осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військових дій зокрема. Обгрунтуванням нашого вибору є теза, що використання саме цього методу дозволяє отримати глибинну інформацію про внутрішні процеси респондентів, їх суб’єктивні оцінки, труднощі, ресурси та механізми подолання.

Передусім зауважимо, що реалізація напівструктурованого інтерв’ю передбачає наявність підготовленого переліку питань, однак не обмежує дослідника суворою послідовністю або однаковим формулюванням, адже саме такий формат забезпечує гнучкість і дозволяє деталізувати окремі аспекти поведінки чи переживань, що виникають під час розмови. Важливо, що гнучкість даного методу є принципово важливою, оскільки наші респонденти мають травматичний досвід та переживають складні процеси адаптації, які складно, або неможливо описати за допомогою стандартизованих інструментів.

У нашому дослідженні взяли участь 10 чоловіків віком 30-45 років, кожен із яких отримав інвалідність унаслідок бойових дій. Вибірка формувалася методом цільового добору, що дозволило включити осіб, чий досвід найбільш точно відповідає предмету дослідження. Структура вибірки була такою:

- троє учасників із ампутацією нижньої кінцівки;
- троє учасників із ампутацією верхньої кінцівки;
- четверо учасників із вираженими порушеннями зору.

Таке співвідношення дало змогу вивчити як спільні особливості ресоціалізації після військової травми, так і специфіку адаптації залежно від характеру інвалідності.

Процедура проведення передбачала, що кожне інтерв'ю проводилися нами індивідуально за допомогою платформи Zoom, оскільки цей формат є досить зручним і доступним для людей з різними видами інвалідності, адже не вимагає переміщення у просторі, що супроводжується подоланням різних бар'єрів архітектурної та інформаційної доступності. До того ж, такий дистанційний формат забезпечив комфортне середовище, у якому респонденти могли відкрито висловлювати свої переживання, перебуваючи у звичній та безпечній обстановці.

Тривалість одного інтерв'ю коливалася в межах 40-60 хвилин, залежно від готовності учасника розповідати про власний досвід.

Перед початком інтерв'ю кожному респондентові було надано інформацію про мету дослідження, принципи добровільності, гарантії конфіденційності та право відмовитися від відповіді на будь-яке запитання. Усі дані були анонімізовані: кожному учаснику присвоєно індивідуальний код (У1–У10), що унеможливлює його ідентифікацію.

Отже, процедура інтерв'ю складалась з реалізації кількох послідовних етапів.

1. Підготовчий етап.

Респонденту пояснювали структуру інтерв'ю, підкреслювали добровільність участі та важливість його особистого досвіду для дослідження. На цьому етапі наші зусилля були спрямовані на створення атмосфери довіри та психологічного комфорту.

Вступні питання мали, здебільшого, нейтральний характер і допомагали респонденту включитися у розмову, адаптуватися до формату та знизити психологічне напруження і стрес.

2. Основний етап інтерв'ю.

Саме на цьому етапі наша діяльність була спрямована на вивчення ключових аспектів ресоціалізації досліджуваних осіб з інвалідністю у наслідок війни:

- зміни самосприйняття після травми;

- емоційні переживання та реакції;
- особливості соціальної взаємодії;
- труднощі у побуті, мобільності та комунікації;
- рівень доступності соціального середовища;
- потреба в психологічній чи соціальній підтримці;
- бачення власного майбутнього.

Питання ставилися у відкритій формі, що дозволяло респондентам розгорнуто висловлювати свої думки. За необхідності дослідник ставив уточнювальні питання, що допомагало розкрити окремі аспекти досвіду більш детально.

3. Завершальний етап інтерв'ю.

На цьому етапі респондент мав змогу додати будь-яку інформацію, яку він вважав важливою. Дослідник підсумовував основні питання, дякував за участь і наголошував на дотриманні конфіденційності.

План нашого напівструктурованого інтерв'ю був побудований таким чином, щоб охопити найважливіші складові процесу ресоціалізації, зокрема формування нового Я-образу, відновлення соціальних зв'язків, подолання бар'єрів та визначення ресурсів, що допомагають адаптації. Саме такий підхід, вважаємо, дає змогу отримати багатовимірний матеріал, який поєднує як емоційний компонент, так і раціональні оцінки респондентів щодо власного життя.

Таким чином, застосування методу напівструктурованого інтерв'ю дозволяє виявити унікальні та спільні риси адаптаційних та ресоціалізаційних процесів, що робить його оптимальним інструментом для глибокого аналізу проблеми ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії.

Отримані дані стали підґрунтям для подальшої інтерпретації результатів та формування практичних рекомендацій.

2.2 Інтерпретація результатів напівструктурованого інтерв'ю осіб з інвалідністю, отриманої внаслідок військової агресії

Отримані в результаті проведення напівструктурованих інтерв'ю дані дали змогу детально проаналізувати внутрішні переживання, емоційні стани, соціальні труднощі та адаптаційні механізми чоловіків віком 30-45 років, які отримали інвалідність унаслідок військової агресії. Усі респонденти, маючи різні види порушень (ампутацію верхніх чи нижніх кінцівок або втрату зору) відзначили суттєві зміни у власному самосприйнятті, системі цінностей, стосунках з оточенням та баченням майбутнього.

У процесі обробки й аналізу отриманих діагностичних даних було виявлено певні споріднені тенденції у відповідях респондентів, які можна систематизувати у вигляді шести основних тем, що відображають особливості їх ресоціалізації. Узагальнено ці теми подано на рисунку 2.2.

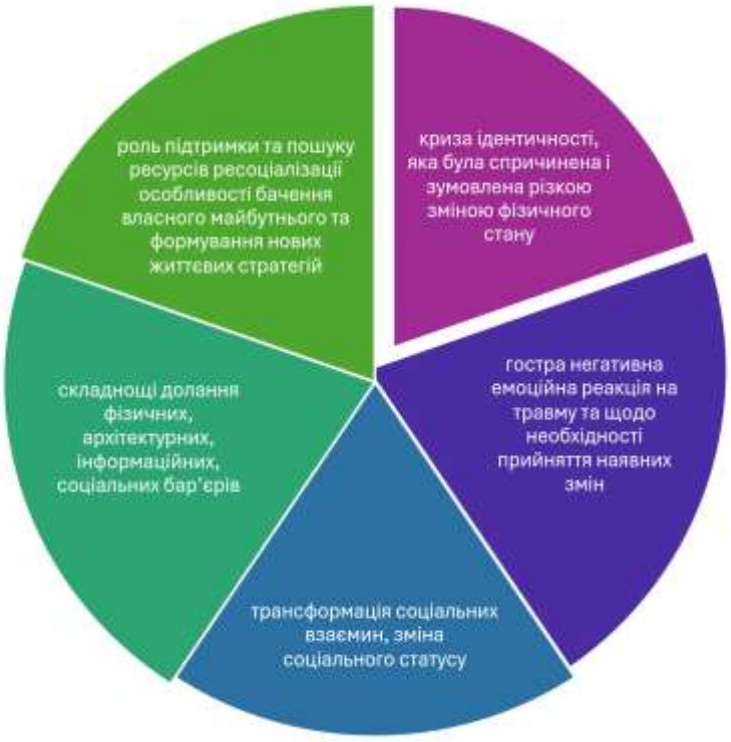


Рисунок 2.2. - Основні теми, що виявлені у процесі дослідження особливостей ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманої внаслідок військової агресії

Переходимо до деталізованого опису результатів дослідження особливостей ресоціалізації осіб з інвалідністю (отриманої внаслідок військової агресії), здійсненого з використанням напівструктурованого інтерв'ю.

Першою важливою темою, що простежувалася у відповідях переважної більшості респондентів, слід зазначити таку, як криза ідентичності, яка була спричинена і зумовлена різкою зміною фізичного стану. Зокрема респонденти з ампутацією нижньої кінцівки найчастіше говорили про відчуття втрати контролю над тілом, зниження мобільності та необхідність переосмислення власних можливостей, а тому для них одним із ключових психологічних викликів стала залежність від допомоги інших осіб, що раніше не була характерною. Своєю чергою, респонденти з ампутацією верхньої кінцівки закцентували увагу на втраченій працездатності, неможливості виконувати звичні професійні обов'язки та домашні дії, що спричиняло складні емоційні переживання, пов'язані з відчуттям власної неповноцінності. Нарешті для учасників, які мали глибокі порушення зору найважчим було раптове обмеження в здатності орієнтації в оточуючому середовищі, втрата незалежності та зміна способу взаємодії з простором, значні складнощі участі в інформаційному обміні тощо. Усе це вимагало повної перебудови повсякденної поведінки.

Другою ключовою темою, що послідовно повторювалася в усіх структурованих інтерв'ю, є емоційна реакція на травму та процес прийняття змін. Зокрема, слід зазначити, шо респонденти описували схожі етапи переживань: шок, заперечення, злість, розпач, внутрішня боротьба та поступове прийняття ситуації. Слід зауважити, що у випадку респондентів із порушенням зору страх та дезорієнтація були вираженими значно сильніше, тоді як у групи з ампутацією руки більше проявлялися почуття гніву та фрустрації, пов'язані з раптовою зупинкою професійної діяльності. Водночас, цікаво, що в усіх інтерв'ю простежувалася стійка тенденція щодо необхідності подолання ПТСР і прагнення до відновлення психологічної

рівноваги, формування нових життєвих цілей та поступового переходу до активної ресоціалізації.

Третьою важливою темою стала трансформація соціальних взаємин. Так, більшість респондентів зазначали, що після травми стосунки з близькими людьми значно змінилися. Частина з них отримала сильну підтримку, що сприяло формуванню відчуття безпеки та прийняття. Інші ж, навпаки, стикнулися з нерозумінням, надмірною опікою або дистанціюванням рідних та друзів. Респонденти підкреслювали, що навіть позитивна підтримка інколи супроводжувалася обмеженням їхньої автономності, коли родичі намагалися допомагати надмірно, що створювало відчуття безпорадності і роздратування. Для учасників із порушенням зору проблема залежності від інших була особливо значущою, і толу вони частіше за інших говорили про існування труднощів у прийнятті допомоги і певної залежності від неї як необхідної умови повсякденності.

Четвертою темою, що виявилася спільною для більшості учасників, є зіткнення з фізичними та соціальними бар'єрами. Так, особи з ампутацією нижньої кінцівки акцентували увагу на труднощах у пересуванні, проблемах доступності громадських місць, відсутності адаптованої інфраструктури. Своєю чергою, особи з ампутацією верхньої кінцівки частіше говорили про труднощі у побуті: одягання, приготування їжі, догляд за собою. Нарешті, респонденти з глибокими порушенням зору мали найбільш виражені труднощі у навігації та орієнтації, а також доступу до інформації що створювало відчуття соціальної ізоляції. Усі учасники зазначали, що бар'єри навколишнього середовища можуть бути не менш обмежувальними, ніж сам фізичний стан.

П'ятою значущою темою стала роль підтримки та пошуку ресурсів ресоціалізації. Так, більшість респондентів підкреслили важливість допомоги сім'ї, друзів, реабілітологів, психологів, соціальних працівників та іншихфахівців, які мають подібний професійний досвід. Така підтримка допомагала їм пережити найважчий етап після поранення та поступово повертати віру у власні сили. До того ж, респонденти зазначали, що саме

наявність (або відсутність) ресурсів - емоційних, соціальних, фізичних - є визначальним чинником успішної ресоціалізації. Саме тому, для багатьох учасників нашого дослідження важливим ресурсом стало відчуття приналежності до певної спільноти людей, які пройшли схожі випробування, адже це давало змогу ділитися досвідом та отримувати психологічну підтримку.

Шостою темою, що послідовно проявлялася у всіх інтерв'ю, стали особливості бачення власного майбутнього та формування нових життєвих стратегій. Так, при наявності серйозних труднощів, більшість респондентів демонстрували певний рівень неупевненості щодо власних можливостей подальшої професійної та соціальної самореалізації. Чоловіки з ампутацією верхніх кінцівок частіше розглядали нові варіанти професійної діяльності, у якій наявні фізичні обмеження не будули б критичними. Водночас, особи з ампутацією нижніх кінцівок наголошували, передусім на бажанні відновити мобільність за допомогою протезування та фізичної реабілітації. З іншого боку, респонденти з порушенням зору частіше говорили про необхідність навчання нових навичкок орієнтації, мобільності, а також отримання тактильних або аудіальних способів доступу до інформації. Заслуговує на увагу, що в усіх випадках спостерігалась схильність до наявності певного пошуку нового життєвого сенсу, що є важливим показником адаптивності та передумови ресоціалізації.

Отже, узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що процес ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії, має комплексний характер і включає психологічні, соціальні та поведінкові компоненти. Результати проведених нами інтерв'ю показують, що, незважаючи на різні форми інвалідності, всі респонденти проходять подібні етапи адаптації: переживання втрати, пошук нової ідентичності, боротьбу з соціальними бар'єрами та поступове формування нових життєвих стратегій. При цьому, наявність підтримки та доступу до ресурсів істотно впливає на ефективність процесу ресоціалізації.

Таким чином, отримані нами (на основі використання напівструктурованого інтерв'ю) дослідницькі дані підтверджують важливість комплексного підходу до організації психологічного супроводу ресоціалізації, який мав би враховувати їх індивідуальний досвід, біопсихосоціальні особливості, а також специфіку тих труднощів, з якими вони стикаються після отримання травми й осіб з інвалідністю, що була спричинена військовою агресією.

На основі віщеозначеного можна стверджувати, що якісний аналіз відповідей респондентів створює підґрунтя для подальшої розробки методичних рекомендацій щодо підвищення ефективності процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю, спричиненою військовою агресією та оптимізації роботи фахівців, які залучені до цього процесу.

2.3 Методичні рекомендації щодо організації процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії

Виходячи з того, що сучасне розуміння сутності й змісту поняття «ресоціалізація» відрізняється комплексним характером, адже враховує як особливості фізичного й психічного здоров'я, так і соціальні, економічні, освітні потреби даної соціальної групи. Цей термін використовується для опису комплексного реабілітаційного й ресоціалізаційного процесу, який містить у собі:

- психологічну допомогу (подолання наслідків психологічниї травми, зниження проявів стресу, тривожності, прийняття свого нового фізичного Я-образу);
- медичну реабілітацію (сприяння відновленню здоров'я або компенсації втрачених функцій, засвоєння навичок користування спеціалізованими технічними засобами реабілітації, залежно від специфіки та ступеня наявних порушень здоров'я);

- соціальну підтримку (допомога з працевлаштування, відновлення соціальних зв'язків і налагодження нових, оптимізація взаємин з близьким соціальним оточенням (родина, друзі, колеги і т.д.), сприяння пошуку ресурсів – людських, фінансових, матеріальних, необхідних для адаптації до цивільного життя);

- професійну підготовку чи перепідготовку (здобуття нових знань, навичок, компетентностей, підвищення освітнього рівня, необхідних для професійної самореалізації) тощо.

За основу нами було взято метод диференційного підходу в роботі з учасниками бойових дій та особами з інвалідністю В. Савицького, суть якого полягає у дотримання таких принципових положень:

– орієнтація на індивідуальні особливості, конкретні потреби, психічним стан тощо кожного клієнта;

– інтегративність – поєднання практики допомоги конкретному клієнту, з умовами реального соціального середовища із залученням різноманітних інституцій, громадських, благодійних та інших організацій;

– цілісний підхід до клієнта як до особистості з опорою на відповідальне ставлення до власного повсякденного життя та ресоціалізації;

– здійснювання принципу самодопомоги, що передбачає активізацію власних можливостей і ресурсів щодо подоланя наявних проблем та ефективної самореалізації у суспільстві.

На основі узагальнених результатів аналізу наукових джерел, а також даних, отриманих на основі використання напівструктурованого інтерв’ю було виявлено низку труднощів та потреб учасників емпіричного дослідження, нами було розроблено комплекс методичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності процесу ресоціалізації осіб з інвалідністю, набутої унаслідок військових дій.

Кінцевим результатом психологічної роботи з ресоціалізації особі з інвалідністю у наслідок військової агресії вважаємо відновлення стійкого емоційного стану, профілактика негативних проявів на процесі

життєдіяльності, оволодіння навичками саморегуляції, управління негативними емоціями, у тому числі при виникненні стресових ситуацій, прийняття свого нового фізичного Я-образу, набуття здатності до самореалізації як повноцінного члена суспільства.

Ключовими завданнями, спрямованими на досягнення зазначених результатів, визначено:

– виявлення та усунення причин, що створюють бар'єри для психологічної ресоціалізації, вибір програми і плану дій, обговорення шляхів вирішення проблеми;

– створення груп підтримки, організація навчання й підтримки лідерів самокерованих груп з метою підвищення ефективності процесів групової динаміки;

– допомога у подоланні різних проявів ПТСР, розблокуванні позитивних емоцій, зміні уявлень особистості про своє «Я», навчання технік саморегуляції психічного і соматичного стану, підтримка ініціатив;

– налагодження соціальних зв'язків і відносин із соціальним оточенням через моделювання ситуації для нового досвіду та успішної діяльності.

Зауважимо, що для дотримання професійної етики слід керуватися нормативно-правовими документами, зокрема Постановою Кабінету Міністрів України № 1338, у якій закріплено принципи етичної та безпечної поведінки фахівця, який надає психологічну допомогу у процесі реабілітації, серед яких закрема такі: повага до прав людини, честі й гідності; компетентність, наукова обґрунтованість застосованих методів психологічної та психотерапевтичної допомоги; добровільність, - неможливість надання психологічних послуг без добровільної згоди отримувача цих послуг; конфіденційність, тобто гарантування особистісної й соціальної безпеки отримувача послуг, а також збереження в таємниці усієї інформації, отриманої під час надання психологічної допомоги [4].

Планування діяльності з ресоціалізації осіб з інвалідністю у наслідок воїнної агресії має здійснюватись з ураховуванням впливу комплексу

біологічних, псхологічних, соціальних чинників:

– етіологія і перебіг хвороби, сукупність специфічних синдромів, характені зміни, які призвели до інвалідності;

– взаємодія психо-соматичних процесів під час виникнення й розвитку хвороби;

– вплив інвалідності на психіку, ставлення особи до свого нового Я-образу на наявних бар'єрів життєдіяльності;

– прагнення і мотивація щодо реабілітації та ресоціалізації;

– застосування для реабілітації компенсаторних і захисних механізмів особистості;

– психологічна взаємодія лікувальних методів і заходів для створення позитивного впливу на фізичний і психічний стан особи з інвалідністю;

– психологічні аспекти організації взаємодії з найближчим соціальним середовищем [15, с. 6].

Розроблені нами рекомендації стосуються оптимізації психологічного супроводу процесу ресоціалізації та організації реабілітаційного процесу й підтримки з боку громади й державних інституцій, а тому можуть бути використані психологами, фахівцями соціальної роботи, реабілітологами, фахівцями освітніх та соціальних інституціями та органів місцевого самоврядування.

Узагальнено основні рекомендовані напрямки ресоціалізаційної діяльності зображено на рисунку 2.3.



Рисунок 2.3. - Основні рекомендовані напрямки діяльності з ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії

Переходимо до деталізації рекомендацій щодо форм і методів організації діяльності з ресоціалізації осіб з інвалідністю, отриманою внаслідок військової агресії.

1. Перше і пріоритетне місце займає психологічний супровід як ключовий елемент ресоціалізації, що передбачає таке.

1.1. Забезпечення довгострокової психологічної підтримки

Особи з інвалідністю, отриманою під час війни, потребують системного психологічного супроводу, що включає роботу з переживанням травми, відновленням особистісних меж, формуванням нового Я-образу та відновленням самооцінки. Важливо, щоб підтримка була не епізодичною, а тривалою, з урахуванням поступових змін у психологічному стані людини.

1.2. Використання методів кризового консультування

Перші етапи ресоціалізації потребують стабілізації емоційного стану, зниження рівня тривоги, страхів та відчуття втрати контролю. Рекомендовано використовувати техніки кризового втручання, стабілізаційні методики та короткострокові інтервенції.

1.3. Терапія прийняття та відповідальності (ACT) і когнітивно-поведінкові підходи.

Оскільки більшість респондентів описували внутрішній конфлікт між «колишнім» і «теперішнім» Я, доцільно застосовувати методи, які сприяють прийняттю змін, зниженню внутрішньої боротьби та відновленню автономності.

Особливо ефективними можуть бути:

1. Когнітивна реструктуризація негативних переконань;

2. Практики усвідомленості;

3. Робота з втратою сенсу та формуванням нових життєвих цінностей.

1.4. Психологічна робота з посттравматичними реакціями.

У респондентів були виявлені симптоми ПТСР, фрустрації, емоційної втоми та гніву. Психологам рекомендовано використовувати техніки десенсибілізації, роботу з тригерами, стабілізаційні методики та навчання навичкам контролю емоцій.

2. По-друге, сприяння соціальній адаптації й інклюзії та відновленню соціальних ролей може бути реалізовано таким чином.

2.1. Сприяння відновленню соціальних зв’язків.

Результати інтерв’ю показали, що для частини респондентів саме ізоляція та зміна соціальних ролей були найскладнішими. Необхідно:

– створювати групи підтримки;

– забезпечувати включення у громадську діяльність;

– організовувати освітні та соціальні заходи.

2.2. Розвиток навичок самостійності та автономності.

Особливо важливо для осіб із порушенням зору або ампутацією кінцівок. Корисними є тренінги:

– орієнтації та мобільності;

– навичок самообслуговування;

– використання допоміжних технологій.

2.3. Залучення родини до процесу ресоціалізації

Близькі можуть стати як джерелом підтримки, так і фактором надмірної опіки. Рекомендовано проводити сімейні консультації, навчати родичів конструктивним формам підтримки.

2.4. Повернення до праці або перекваліфікація

Респонденти з ампутацією руки найчастіше відчували втрату професійної ролі. Тому рекомендується:

– індивідуальні консультації з професійної орієнтації;

– навчання новим професіям;

– підтримка самозайнятості.

3. По-третє, заслуговує на увагу фізична та медична реабілітація як компоненти ресоціалізації. Йдеться про таке.

3.1. Індивідуальні програми реабілітації

Процес реабілітації повинен відповідати типу інвалідності та рівню фізичної можливості. Важливо забезпечити:

– доступ до протезування;

– навчання використанню протезів;

– роботу з компенсаторними навичками.

3.2. Реабілітація осіб із порушенням зору.

Для цієї групи респондентів особливо важливі:

– навчання просторовій орієнтації;

– використання тростини чи електронних навігаторів;

– освоєння аудіальних та тактильних технологій доступу.

3.3. Підтримка фізичного здоров’я.

Регулярні фізичні вправи, пристосовані до стану здоров’я, покращують самопочуття, підвищують рівень енергії та сприяють позитивному баченням майбутнього.

4. По-четверте, йдеться про усунення бар’єрів у фізичному, інформаційному та соціальному середовищі, що передбачає діяльність у таких напрямках.

4.1. Адаптація інфраструктури

Необхідно забезпечити доступність:

– громадських місць;

– установ;

– транспорту;

– інформаційних ресурсів.

4.2. Технічні засоби підтримки

Респондентам з порушенням зору потрібні спеціальні технології (екрани з озвученням, навігатори, брайлевські дисплеї), а людям із ампутацією – індивідуальні протези і засоби для мобільності.

4.3. Подолання соціальних упереджень

Суспільство часто не усвідомлює реальних потреб людей з інвалідністю. Рекомендовано:

– просвітницькі кампанії;

– навчальні програми для роботодавців;

– формування етичних стандартів комунікації.

5. По-п’яте, заслуговує на увагу розвиток особистісних ресурсів і позитивної Я-концепції, що може бути реалізовано з урахуванням таких компонентів.

5.1. Робота з формуванням нового Я-образу

Респонденти описували сильну розбіжність між «старим» та «новим» Я. Психологам рекомендовано:

– проводити роботу із прийняттям змін;

– сприяти формуванню нових цілей;

– розвивати внутрішні ресурси та почуття компетентності.

5.2. Підвищення самооцінки та впевненості

Як показали інтерв'ю, багато учасників переживали зниження самооцінки після травми. Рекомендуються тренінги соціальних навичок, групова психотерапія та індивідуальні консультації.

5.3. Формування стійкості (resilience), що передбачає розвиток:

– навичок емоційної регуляції;

– здатності до подолання криз;

– відчуття внутрішньої опори.

6. По-шосте, координація діяльності міждисциплінарних команд також має значний вплив, скільки процес ресоціалізації є комплексним, робота повинна бути міждисциплінарною.

Найбільш ефективною виявляється взаємодія:

– психолога;

– соціального працівника;

– реабілітолога;

– юриста;

– представників громадських організацій.

Командний підхід дозволяє:

– забезпечити комплексність підтримки;

– узгодити індивідуальні програми реабілітації;

– підвищити ефективність соціальної інтеграції.

7. По-сьоме, заслуговують на увагу системні рекомендації для реалізації ресоціалізації на рівні держави та громади.

7.1. Створення центрів комплексної підтримки ветеранів та осіб з інвалідністю. Такі центри мають надавати медичну, психологічну, юридичну та соціальну допомогу.

7.2. Розширення програм підтримки працевлаштування, оскільки важливо створювати спеціалізовані робочі місця, програми перекваліфікації та гранти для самозайнятості; подолання стереотипного ставлення з боку працедавців.

7.3. Підтримка сімей учасників бойових дій, адже саме сім’я є важливим (якщо не найважливішим) ресурсом ресоціалізації, а тому необхідно запроваджувати програми підтримки родин щодо вирішення таких проблем, як: стабілізація сім’ї, розвитку самосвідомості й емпатійності членів родини, удосконалення сімейних стосунків, екстрене втручання щодо надзвичайної допомоги (надання притулку, видалення із сім’ї членів родини, яким загрожує небезпека насильства тощо); адресна допомога; психосоціальне оздоровлення сім’ї через співробітництво з освітніми установами спортивними організаціями тощо.

Потреби у кваліфікованих психоресоціалізаційних послугах для осіб з інвалідністю у наслідок воєнної агресії зараз є затребуваними, і цей попит ще буде зростати. Розроблення ефективних реасоціалізаційних алгоритмів, які б по-перше, враховували реалії унікального українського досвіду, і по-друге демонстрували б гарний результат результат в емпіричній сфері, це нагальна потреба, яку здатні задовільнити як теоретики, так практики. Як пересвідчає досвід, наявність структури ресоціалізації, яка б забезпечувалася індивідуальним планом (для кожного отримувача соціально-психологічних послуг), є корисною як для осіб з інвалідністю у наслідок воєнної агресії, так і для практичного психолога чи психотерапевта, який здійснює супровід щодо їх ресоціалізації.

ВИСНОВКИ

У процесі дослідження було виконано всі поставлені завдання, що дало змогу комплексно охарактеризувати особливості ресоціалізації осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військової агресії, та визначити чинники, які впливають на перебіг цього процесу.

1. Відповідно до першого завдання було розкрито сутність ресоціалізації осіб з інвалідністю та охарактеризовано основні напрями цього процесу. Ресоціалізація розглядається як багатовимірний процес адаптації, що охоплює психологічний, соціальний, медичний, професійний і побутовий рівні. Основними напрямами є: психологічна підтримка, спрямована на подолання травматичних переживань; формування нових когнітивно-поведінкових стратегій; налагодження соціальних зв’язків; подолання фізичних і соціальних бар’єрів; розвиток нових професійних навичок; відновлення або формування нових життєвих цілей. Ресоціалізація не зводиться до фізичної реабілітації, адже охоплює цілісний процес відновлення Я-образу, соціального статусу і відчуття власної цінності.

2. Виконуючи друге завдання ми визначили основні чинники, які впливають на процес ресоціалізації осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військових дій. Аналіз теоретичних джерел показав, що військові події створюють надзвичайно сильні стресові умови, пов’язані з ризиком для життя, втратою близьких, руйнуванням усталеного способу існування та формуванням травматичного досвіду. В осіб з інвалідністю військового походження цей досвід поєднується з фізичними обмеженнями - ампутаціями, порушеннями зору, хронічним болем та іншими наслідками бойових травм. У них частіше спостерігаються підвищений рівень тривожності, емоційне виснаження, труднощі з прийняттям нових життєвих обставин, криза ідентичності, зниження самооцінки та відчуття втрати контролю над подіями. Вищеозначене значною мірою впливає на їхню

здатність адаптуватися до повсякденного життя, підтримувати соціальні взаємини та формувати нові життєві плани.

3. Відповідно до третього завдання було досліджено особливості ресоціалізації на основі інтерпретації результатів якісного інтерв'ю. Емпіричне дослідження дало змогу виявити реальні переживання та внутрішні процеси осіб з інвалідністю військового походження. Учасники описували труднощі прийняття втрати функцій, відчуття розгубленості, зміну стосунків із сім'єю та друзями, побоювання щодо майбутнього та необхідність заново вибудовувати свій життєвий шлях. У процесі інтенрпретації отриманих даних, в оповідях респондентів було виокремлені повторювані теми: криза ідентичності, емоційні реакції на травму, соціальна дезадаптація, фізичні та інфраструктурні бар'єри, а також фактори, що сприяли адаптації. Серед ресурсів були названі підтримка близьких, спілкування з іншими ветеранами, допомога спеціалістів, віра у власні можливості та внутрішня мотивація до відновлення. Ці результати підтверджують, що ресоціалізація має індивідуальний характер і залежить від унікального поєднання психологічних і соціальних чинників.

4. Виконання четвертого завдання дозволило розробити методичні рекомендації спрямовані на підвищення ефективності ресоціалізації осіб з інвалідністю у наслідок війни. Розрроблені нами рекомендації охоплюють такі напрямки: забезпечення регулярної психологічної підтримки; створення доступного середовища; формування навичок саморегуляції; профілактика повторної травматизації; залучення до груп взаємопідтримки; робота з сімейною системою; сприяння професійній переорієнтації та соціальному включенню. Запропоновано необхідність міждисциплінарного підходу та індивідуалізації підтримки, що враховує як фізичний стан, так і психологічний досвід кожної особи.

Отже, узагальнюючи результати нашого дослідження, можна стверджувати, що ресоціалізація осіб з інвалідністю, набутою внаслідок військової агресії, є складним і тривалим процесом, який містить у собі

відновлення психологічної рівноваги, формування нових соціальних зв’язків, подолання бар’єрів та повернення відчуття власної компетентності. Саме тому, ефективна підтримка потребує системного підходу, поєднання реабілітаційних, психологічних та соціальних заходів, а також орієнтації на потреби конкретної особи.

Таким чином, теоретичні та емпіричні результати нашого дослідження підтверджують, що комплексна підтримка, доступ до ресурсів, участь у прийнятті рішень і врахування індивідуального травматичного досвіду є ключовими чинниками успішності ресоціалізації даної категорії жертв військової агресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 156 с.

2. Базаєва М. Витоки новітньої структури та інституціоналізації державної політики щодо ветеранів у США. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*. 2022. № 1 (33). С. 14-20.

3. Безпалько О. В. Соціальна робота в громаді : навч. посіб. Київ : Центр навч. л-ри, 2005. 176 с.

4. Берко В.Г. Становлення і розвиток реабілітації взагалі і фізичної реабілітації зокрема. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. *Вища освіта в Україні: від інтеграції до інклюзії* : збірник. 2007. № 4 (6). С. 242

5. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. Серія «Психологія». 2023. Том 34 (73). № 3. С.1–6.

6. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі у процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університ*у. Серія «Психологія». 2023. № 3. С. 7–12. DOI : 10.32782/psy-visnyk/2023.3.1.

7. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології :* збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Екологічна психологія. 2018. Том VII. Вип. 45. С. 19–27.

8. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим

розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. №3. С. 137–141.

9. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Науковий журнал «Психологічні травелоги»*. 2023. № 2. С. 41-50.

10. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження : навч. посібник Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 241 с.

11. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2005. № 1. С. 91–100.

12. Головська І.Г., Почепцова Д.О. Дослідження та корекція впливу екстремальних умов на емоційну сферу особистості. *Габітус*. 2022. Випуск 38. С. 54-58.

13. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу : монографія. Львів : Скриня, 2016. 380 с.

14. Гридковець Л.М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабітаційна психологія». Київ : КІБіТ, 2012. 80 с.

15. Грінченко М. Феномен соціалізації молоді в умовах інформаційного суспільства. *Зб. наук. пр. Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка.* 2016. Вип.1. С. 70–79.

16. Дубровський, Д.П. Система психологічної реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців – учасників бойових дій з травматичною ампутацією. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 136.

17. Захаріна, Т. Реінтеграційний потенціал ветеранів як чинник успішної їх реінтеграції в соціум. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10. No. 3. P. 263-275.

18. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

19. Каргіна Н.В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості: дисертація …канд. психол. наук за спеціальністю 19.00.01–

загальна психологія, історія психології. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», Одеса, 2018. 270 с.

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

21. Климчук, В. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. № 5, 2016, С. 46–52.

22. Клопота Є.А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами зору : монографія. Запоріжжя : ЗНУ, 2014. 408 с.

23. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету*: наук. збірник. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2022. В.2. С. 20-27.

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

25. Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету.* Серія філософсько-політологічні студії. 2020. Вип. 30. С. 161–169.

26. Кучеренко С. М, Хоменко Н. М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип. 21. Харків : НУЦ-ЗУ, 2017. С. 66-74.

27. Лукашевич М.П. Соціалізація: виховні механізми і технології. Київ : ІЗМН, 1998. 112 с.

28. Малогулко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

29. Олійников Г. Психогенії та протиправна поведінка осіб із посттравматичними стресовими розладами, постраждалих у результаті антитерористичної операції. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2017. № 2. Т. 2. С. 125–130.

30. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник ⁄ за заг. ред. Л. Царенко. Т. 2. Київ, 2018. 240 с.

31. Офіційний веб-портал Парламенту України. Державні сайти України. URL : https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/188691.html

32. Посттравматичний стресовий розлад : посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.

33. Пріб Г.А., Раєвська Я.М., Бегеза Л.Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського.* Серія : Психологія. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 104-109.

34. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я : Закон України. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 21.02.2024).

35. Профілактика та вирішення конфліктів у сім’ях військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2023. 115 с.

36. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій : світовий досвід / С.Ю. Лебедєва та ін. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 139–145.

37. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова; ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 274 с.

38. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко ; за заг. ред. Н. Гусак ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.

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

40. Сафін О.Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. *Наука і оборона*. 2016. № 1. С. 24–30.

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

42. Співак Я. О. Ресоціалізація молоді з зони АТО. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* : зб. наук. пр. / редкол.: А. В. Сущенко (голов. ред.) та ін. Запоріжжя : КПУ, 2019. Вип. 65, Т. 1, С. 84-88.

43. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

44. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157-167. URL : https://surl.li/dcgats

45. Титаренко Т.М., Дворник М.С., Климчук В.О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

46. Тютюнник Л.Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України* : зб-к наук. праць. 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.

47. Шевченко Т.О. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ : Здоров'я, 2005. 135 с.

48. Applebaum A., Pomerantsev P., Gaston S., Montague M., Gumenyuk N., Barbieri J., Oliinyk A., Lemishka O., & Hrytsak Y. From «Memory Wars» to a Common Future: *Overcoming Polarisation in Ukraine*. LSE–Arena, July 2020. Accessed November 26, 2020. URL : https://surl.li/sguqhv

49. Etzioni, A. The spirit of community: Rights, responsibilities and the communitarian agenda. Crown. 1995. URL : https://surl.li/mrsemz

50. National Archives and Documentation Administration (NARA). Papers of the Office of Vocational Rehabilitation (Records of the Veterans Administration, Record Group 15). URL : https://www.archives.gov/findingaid/stat/discovery/15

51. Traumatic events and posttraumaticstress disorder in an urban population of young adults / N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski [et al.]. *Archives of General Psychiatry*. 1991. Vol. 48. P. 216–222.